Deutscher Bundestag
8. Wahlperiode

Ducksache 8/3630

31. 01. 80

Sachgebiet 450

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Bericht der „Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 des Strafgesetzbuches"

Stellungnahme der Bundesregierung

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung und Zusammenfassung

Der Deutsche Bundestag hatte in seiner 88. Sitzung am 21. März 1974 beschlossen, eine Sachverständigenkommission zu beauftragen, die Erfahrungen mit der Reform des § 218 des Strafgesetzbuches auszuwerten und auf der Grundlage dieser Erkenntnisse flankierende Hilfen für Schwangere in Notsituationen und zum Schutz des ungeborenen Lebens vorzuschlagen.

Die vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit eingesetzte unabhängige Sachverständigenkommission hat nunmehr ihren Bericht vorgelegt. Schwerpunkte der Darstellung und Bewertung durch die Sachverständigenkommission sind

a) die Einstellung der Bevölkerung zur Reform des § 218 des Strafgesetzbuches,
b) die Erfahrungen schwangerer Frauen mit der Handhabung der gesetzlichen Vorschriften durch Beratungsstellen, Ärzte, Krankenhäuser und die für soziale Hilfen zuständigen Behörden und Organisationen,
c) die Erfahrungen der Ärzte bei der Anwendung der gesetzlichen Vorschriften,
d) die Methoden und Risiken des Schwangerschaftsabbruchs,
e) Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Familienplanung und Empfängnisverhütung,
f) die flankierenden Maßnahmen bei Schwangerschaftskonflikten.

Die Bundesregierung nimmt zu dem Sachverständigenbericht insoweit Stellung, als ihr dies zur Beurteilung der Auswirkungen der Reform des § 218 des Strafgesetzbuches unter gesellschafts- und gesundheitspolitischen sowie sozial- und familienpolitischen Gesichtspunkten notwendig erscheint. Aus dem Verzicht auf Äußerung der Bundesregierung im Einzelfall kann nicht auf die Zustimmung der Bundesregierung geschlossen werden.

Der Bericht der Sachverständigenkommission berechtigt zu der Feststellung, daß die Reform des § 218 des Strafgesetzbuches den Frauen mehr Möglichkeiten zur Lösung von Schwangerschaftskonflikten gibt und dem Schutz des ungeborenen Lebens besser dient als das frühere Strafrecht. Durch eine erhebliche Verringerung der illegalen Schwangerschaftsabbrüche werden darüber hinaus Gefahren für Leben und Gesundheit der Frauen weitgehend ausgeschaltet.

Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 5300 Bonn
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, 5300 Bonn 2, Postfach 2008 21
Bonn-Bad Godesberg, Herderstr. 56, Tel. (02221) 36 35 51

Befürchtungen, die Zurücknahme des Strafanspruches des Staates würde zu einer erheblichen Steigerung der Schwangerschaftsabbrüche führen, haben sich nicht bestätigt. Der Schwangerschaftsabbruch wird von den Frauen nicht als Mittel der Familienplanung angesehen. Der gestiegenen Zahl nichtrechtswidriger Schwangerschaftsabbrüche steht ein Rückgang illegaler Abbrüche gegenüber.

Ein weiterer gezielter Ausbau der Beratungsangebote und dersozialen Hilfen wird dazu beitragen, den Frauen die Entscheidung zur Austragung der Schwangerschaft zu erleichtern und die Zahl unerwünschter Schwangerschaften weiter zu senken.

Die Bundesregierung hofft, daß der Sachverständigenbericht dazu beiträgt, die Diskussion über die Reform des § 218 des Strafgesetzbuches und die Anwendung der neuen Vorschriften zu versachlichen.

II. Grundzüge der Reform des § 218 des Strafgesetzbuches

Bei der Reform der strafrechtlichen Vorschriften zum Schwangerschaftsabbruch bestand über Parteigrenzen hinweg die Meinung, daß § 218 des Strafgesetzbuches geändert werden sollte. § 218 des Strafgesetzbuches konnte in seiner früheren Fassung das ungeborene Leben nur unzureichend schützen, weil die betroffenen Frauen in die Illegalität verwiesen wurden und aus Angst vor Strafe vorhandene Angebote der Beratung und Hilfen nicht in Anspruch nahmen. Die Zurücknahme der Strafdrohung unter den im 15. Strafrechtsänderungsgesetz geregelten Voraussetzungen hatte das Ziel,

a) den Frauen in Not Hilfe und Beratung anzubieten,
b) die hohe Zahl der illegalen Abbrüche mit ihren gesundheitlichen Gefährdungen und psychischen Belastungen zu verringern,
c) den Schutz des ungeborenen Lebens zu verbessern sowie,
d) die Bemühungen um eine wirksame Familienplanung zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften zu verstärken.

Die seit 1976 geltenden neuen Vorschriften über des Schwangerschaftsabbruch entsprechen in ihrer Ausgestaltung dieser Zielsetzung. Keine politische Kraft im Deutschen Bundestag denkt daran, die Reform rückgängig zu machen oder erwägt Änderungen des geltenden Rechts. Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß nach den bisherigen Erkenntnissen und Erfahrungen das neue Recht die Chancen für den Schutz des ungeborenen Lebens verbessert und den betroffenen Frauen die Möglichkeit gibt, ohne Furcht vor Strafe ihre jeweilige tatsächliche Konfliktsituation, die vielfach auf Lebenssachverhalten beruht, die mit Geldleistungen nicht geändert werden können, zu offenbaren und Hilfe bei der zu treffenden Entscheidung in Anspruch zu nehmen. Die Bundesregierung erklärt in diesem Zusammenhang erneut, daß durch die Reform des § 218 des Strafgesetzbuches den Frauen kein Rechtsanspruch auf Schwangerschaftsabbruch eingeräumt worden ist. Zugleich weist sie aber darauf hin, daß sie die vom Gesetzgeber geregelten und im Urteil des Bundesverfassungsgerichts für zulässing erachteten Indikationen, mithin auch die Notlage-Indikation, als Rechtfertigungsgründe für einen Schwangerschaftsabbruch bejaht und daraus die Notwendigkeit ableitet, dafür Sorge zu tragen, daßFrauen, bei denen die Voraussetzungen für einen nichtsrechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch vorliegen und die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, auch die erforderliche medizinische Hilfe und Betreuung finden.

III. Anwendung des Gesetzes

1. Ausführungsvorschriften der Länder

Die Bundesregierung begrüßt es, daß es in der Zusammenarbeit zwischen den zuständigen obersten Landesbehörden und den Bundesministerien gelungen ist, in vieler Hinsicht Übereinstimmung über die Länderregelungen zu erzielen. Bei der Weiterentwicklung der Landesvorschriften sollte entsprechend dem Vorschlag der Sachverständigenkommission die Aufsicht des Staates über die Erfüllung der den anerkannten Beratungsstellen übertragenen Aufgaben verdeutlicht und die Bereithaltung eines flächendeckenden Netzes funktionsfähiger Beratungsstellen als öffentliche Aufgabe charakterisiert werden.

2. Beratungsangebote

Der Sachverständigenbericht geht ausführlich auf die in § 218 b des Strafgesetzbuches geregelte Sozialberatung der Schwangeren ein. Die Bundesregierung mißt der Beratung schwangerer Frauen über soziale Hilfen große Bedeutung bei. Sie geht davon aus, daß die Beratungsstellen die Schwangerschaftskonfliktberatung an dem vom Gesetzgeber vorgegebenen Ziel orientierten, Möglichkeiten aufzuzeigen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern. Unterschiedliche Schwerpunkte und Methoden der Beratung stehen im Zusammenhang mit der jeweiligen Wertorientierung des Beratungsträgers. Die Bundesregierung teilt die Auffassung der Sachverständigenkommission, daß die Einflußnahme auf den Motivationsprozeß der Schwangeren im Sinne der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts nicht zum Ziel haben darf, die Schwangere unter allen Umständen trotz ihrer Notlage zur Geburt ihres Kindes zu überreden. Dies widerspräche dem vom Bundesverfassungsgericht betonten Gesichtspunkt, daß die Beratung zugleich die gesamten Lebensumstände der Schwangeren sowie das Recht der Frau, nicht über das zumutbare Maß hinaus zur Aufopferung eigener Lebenswerte gezwungen zu werden, berücksichtigen soll. Die Vorschriften der Länder stimmen darin im wesentlichen überein, daß die soziale Beratung der Schwangeren helfen soll, Not- und Konfliktlagen zu bewältigen und eine eigenverantwortliche Entscheidung zu treffen.

Die Sachverständigenkommission hat zu Recht die Forderung nach einem der Bevölkerungsschichtung ent-

Gemäß Beschluß des Deutschen Bundestages vom 21. März 1974 – Drucksache 7/1789 – zugeleitet mit Schreiben des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit – 014 – vom 30. Januar 1980.

sprechenden pluralen Angebot an Beratungsstellen erhoben. Die Bundesregierung hat mit einem von ihr initiierten und mit Haushaltsmitteln des Bundes geförderten Modellprogramm dazu beigetragen, daß sich ein Netz qualifizierter Beratungsstellen entwickeln konnte. Noch nicht gesichert scheint der Bundesregierung die Weiterfinanzierung der Modellberatungsstellen, wenn der Bund, wie vorgesehen, mit Ablauf des Jahres 1980 seine Förderung einstellt.

Dem hohen Anspruch einer im Sinne des Gesetzgebers verstandenen umfassenden Schwangerschaftskonfliktberatung kann nur entsprochen werden, wenn die von der Sachverständigenkommission behandelte Weiterbildung der Berater verstärkt gefördert wird. Die Bundesregierung hat hierzu Grundlagen in Form von Curriculum und Beratungsleitlinien entwickeln lassen. Sie ist ferner der Auffassung, daß die Verstärkung der nachgehenden Beratung und Nachsorge dazu beitragen kann, die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche zu verringern.

3. Prüfung der Voraussetzungen eines Schwangerschaftsabbruchs (Indikationsfeststellung)

Die Sachverständigenkommission weist darauf hin, daß es für Ärzte häufig schwierig ist, aufgrund der Angaben der Patientinnen über ihre persönlichen und familiären Verhältnisse zu erkennen, ob eine den Schwangerschaftsabbruch rechtfertigende Notlage vorliegt. Die Schwierigkeiten beruhen im wesentlichen auf der Komplexität der jeweiligen persönlichen Lage der Schwangeren. Die Untersuchungen der Sachverständigenkommission dazu bestätigen die Richtigkeit der Auffassung der Bundesregierung, daß die Notlage-Indikation gesetzlich nicht genauer umschrieben werden kann.

Die Bundesregierung stimmt der Auffassung der Sachverständigenkommission zu, daß es mit Rücksicht auf die unterschiedlichen Verhältnisse im Einzelfall schwierig ist, dem Arzt bei der Indikationsfeststellung eine Beurteilungshilfe zu geben. Es ist zu erwarten, daß weitere Erfahrungen mit der Handhabung der gesetzlichen Vorschriften, Erfahrungsaustausch, Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Broschüren) und Weiterbildung dazu beitragen werden, die bisher aufgetretenen Schwierigkeiten zu vermindern.

4. Angebote an Einrichtungen für den Schwangerschaftsabbruch

Die Bundesregierung stimmt mit der Sachverständigenkommission darin überein, daß sich aufgrund der vorliegenden Daten, auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik bezogen, keine quantitativen Probleme für die stationäre Durchführung von nichtrechtswidrigen und von der Schwangeren für notwendig gehaltenen Schwangerschaftsabbrüchen ergeben dürften, wenn von dem vorhandenen spezifischen Bettenangebot in Krankenhäusern ausgegangen wird. Der Bericht bestätigt andererseits frühere Aussagen der Bundesregierung, daß in der Bundesrepublik die Möglichkeiten schwangerer Frauen, nach der Indikationsfeststellung in zumutbarer Entfernung ein Krankenhaus zu finden, das den Schwangerschaftsabbruch durchführt, uneinheitlich sind. Unterschiede gibt es nicht nur von Land zu Land, sondern auch regional und örtlich. Schwierigkeiten können sich vor allem in Räumen ergeben, in denen es ausschließlich oder überwiegend konfessionelle Krankenhäuser gibt, die Schwangerschaftsabbrüche auf der Grundlage der Notlage-Indikation in Anwendug des Weigerungsrechts nach Artikel 2 des Strafrechtsreformgesetzes nicht oder nur in sehr eingeschränktem Umfange durchführen. Zu der Weigerung kommunaler Krankenhäuser, Schwangerschaftsabbrüche im Falle der Notlage-Indikation vorzunehmen, hat sich die Bundesregierung mehrfach geäußert. Sie vertritt weiterhin die Auffassung, daß das im Gesetz geregelte Weigerungsrecht für Einzelpersonen, Ärzte und Krankenschwestern, aber auch für private und kirchliche Träger von Krankenhäusern gilt. Dagegen können sich nach Auffassung der Bundesregierung Länder und Gemeinden als Teil der öffentlichen Gewalt nicht auf diese Vorschrift berufen. Andernfalls würden Teile der öffentlichen Gewalt auf Landes- oder Kreisebene durch Weigerungsbeschlüsse vom Bundesgesetzgeber getroffene und allein in seiner Kompetenz liegende Entscheidungen de facto partiell außer Kraft setzen und damit das föderative System gefährden. In sieben Ländern sind gynäkologische Praxen als Einrichtungen für den Schwangerschaftsabbruch im Sinne von Artikel 3 des Strafrechtsreformgesetzes zugelassen worden, um dadurch ein ausgewogenes Angebot zu sichern. Ein Ausgleich wird in einzelnen Ländern dadurch erschwert, daß es bisher an einer Regelung der Zulassungsvoraussetzungen fehlt.

Ein Anhaltspunkt dafür, daß die Möglichkeiten zu einem nichtrechtswidrigen und von der Schwangeren für notwendig gehaltenen Schwangerschaftsabbruch nicht überall voll ausreichen, ergab auch eine im Jahre 1977 vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit im Auftrag gegebene Ärztebefragung. Zu dieser Zeit gaben 50 % der befragten Ärzte an, machmal oder häufig ihre Patienten nach der Indikationsfeststellung in ausländische Kliniken vermittelt zu haben. Aus der Befragung ergab sich ferner, daß nicht alle Ärzte ihren Patienten dabei behilflich sind, ein Krankenhaus oder eine andere zugelassene Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch zu finden. In dem seit dieser Befragung vergangenen Zeitraum sind weitere Möglichkeiten zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen geschaffen worden. Die Bundesregierung stellt jedoch fest, daß die vorhandenen Daten keine abschließende Aussage darüber erlauben, ob das derzeitige Angebot dem tatsächlichen Bedarf an Einrichtungen für den nichtrechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch entspricht.

Die Sachverständigenkommission hat die in der Diskussion über Sondereinrichtungen aufgezählten Vorteile für die Frau den Nachteilen (z. B. für Ärzte, Pflege- und Fachpersonal) gegenübergestellt. Die Bundesregierung sieht in der Zusammenfassung von Sexualberatung, Beratung und Aufklärung über Familienplanung mit Schwangerschaftskonfliktberatung, medizinischer Beratung, Indikationsfeststellung, Schwangerschaftsabbruch und nachsorgender Betreuung eine Möglichkeit, den von vielen Frauen als bedrückend und kompliziert erlebten Verfahrensweg zu vereinfachen und dadurch die Bereitschaft der Frauen zu stär-

ken, Beratung und Hilfen ohne Angst in Anspruch zu nehmen.

Ein abschließendendes Urteil kann sich die Bundesregierung erst bilden, wenn genügende Erkenntnisse aus der Modellförderung vorliegen.

5. Leistungen nach dem Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetz

Das zur Verbesserung des Schutzes des ungeborenen Lebens ergangene Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetz vom 28. August 1975 (BGBl. I S. 2289) sieht als Regelleistungen der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung vor:

a) ärztliche Beratung zur Empfängnisregelung einschließlichUntersuchung und Verordnung empfängnisregelnder Mittel (§ 200 e Reichversicherungsordnung),
b) Leistungen bei nichtrechtswidriger Sterilisation (§ 200 f Reichsversicherungsordnung),
c) Leistungen bei nichtrechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch (§ 200 f Reichsversicherungsordnung).

Der Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetzes (BT-Drucksache 8/2445) zeigt, daß sich das Gesetz hauptsächlich im Bereich der Familienplanung auswirkt und das Ziel unterstützt, durch wirksame Beratung über Empfängnisverhütung die Entstehung ungewollter Schwangerschaften zu vermeiden. Von den ca. 152 000 000 DM, die innerhalb eines Jahres von den Krankenkassen im Rahmen dieses Gesetzes aufgewendet worden sind, entfallen knapp ⅔ auf Ausgaben für Maßnahmen der Familienplanung einschließlich Sterilisation. Etwa⅓ des Betrages wurde für Maßnahmen im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen verwandt.

Eine Ausdehnung der Krankenversicherungsleistungen dahingehend, daß auch empfängnisregelnde Mittel von den Krankenkassen – wie von der Kommission vorgeschlagen – übernommen werden, kann wegen der damit verbundenen erheblichen finanziellen Mehrbelastung nicht in Aussicht gestellt werden.

Die Anregung der Sachverständigenkommission, die Gebühren für die Beratung über die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte nach § 218 b Abs. 1 Nr. 2 StGB zu erhöhen und die Anregung einer selbständigen Gebührenposition für den ambulanten Schwangerschaftsabbruch wird von der Bundesregierung geprüft und gegebenenfalls in der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte geregelt. Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung müßten entsprechende Änderungen durch die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und die Kassenärztliche Bundesvereinigung andererseits im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen nach § 368 g Abs. 4 der RVO geschaffen werden.

Ein Vergleich zeigt, daß bis zu 90 % aller Schwangerschaftsabbrüche **im Ausland** innerhalb der ersten 12 Wochen ambulant vorgenommen werden können. Demgegenüber werden in der Bundesrepublik zur Zeit etwa ⅔ aller Abbrüche stationär – verbunden mit einem durchschnittlich **5 bis 6** Tage dauernden Kankenhausaufenthalt – durchgeführt. Die Bundesregierung möchte den Frauen die Belastung eines längeren Krankenhausaufenthaltes ersparen, soweit dies medizinisch möglich ist. Sie unterstützt deshalb die Forderung der Sachverständigenkommission, mehr qualifizierte Einrichtungen für den ambulanten Schwangerschaftsabbruch zur Verfügung zu stellen.

IV. Die Einstellung der Bevölkerung zum Schwangerschaftsabbruch

1. Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung

Der Sachverständigenbericht zeigt, daß mehr als ⅔ der Bevölkerung eine restriktivere Regelung des Schwangerschaftsabbruch für nicht wünschenswert hält. Wenige Bürger (4 %) treten für ein völliges Verbot des Schwangerschaftsabbruchs ein, 8 % sind für eine völlige Freigabe.

Auf der anderen Seite besteht nach den Feststellungen der Sachverständigenkommission keine Abbruchmentalität in der Bevölkerung. Der Schwangerschaftsabbruch wird nicht leichtfertig gefordert, sondern nur bei Lebens- oder Gesundheitsgefahren für Mutter und Kind oder bei schwerwiegenden außergewöhnlichen, anders nicht abwendbaren Notlagen der Schwangeren.

Die Beurteilung des Schwangerschaftsabbruchs wird nicht unwesentlich bestimmt durch Konfessionszugehörigkeit, Familienstruktur, Problemnähe (Alter und Geschlecht), soziale Schicht und Parteizugehörigkeit. Für eine gegenüber der jetzigen Regelung restriktivere Gesetzgebung treten ⅓ der Katholiken, ¼ der Protestanten und ca. 10 % der Konfessionslosen ein; für eine weitere Liberalisierung des geltenden Rechts votieren 40 % der Katholiken, fast 50 % der Protestanten und ca. 60 % der Konfessionslosen.

Die Einstellung der Bevölkerung zur Notlage-Indikation hängt entscheidend von den Umständen des jeweiligen Einzelfalles ab. Die Erfahrungen mit dem Modellprogramm „Beratungsstellen" zeigen, daß in den wenigsten Fällen ausschließlich wirtschaftliche Gründe für den Entschluß zum Schwangerschaftsabbruch maßgeblich sind. Vielmehr sind es fast immer mehrere Faktoren, die eine schwere Notlage der schwangeren Frau begründen. Häufig entscheidend oder wesentlich mitbestimmend sind Probleme im familiären Bereich wie zum Beispiel Ehe- und Partnerkonflikte, Scheidung, psychische und körperliche Überlastung durch bereits vorhandene Kinder, die Pflege kranker Familienangehöriger oder fortgeschrittenes Alter.

Der Bericht zeigt auf, daß immer noch ein erheblicher Informationsmangel in der Bevölkerung über den reformierten § 218 StGB besteht.

2. Schwangerschaftsabbrüche deutscher Frauen im In- und Ausland

Vor der Strafrechtsreform wurde die Zahl der illegalen Schwangerschaftsabbrüche von unabhängigen Sachverständigen auf 75 000 bis 300 000 pro Jahr geschätzt (öffentliche Anhörung von Sachverständigen in der 74., 75. und 76. Sitzung des Sonderausschusses für die Strafrechtsreform vom 10. bis 12. April 1972 [Protokoll VI/S. 2141 ff.] und die gutachtlichen Äußerungen in der

mündlichen Verhandlung vor dem 1. Senat des Bundesverfassungsgerichts vom 18. November 1974 [Dokumentation zum Normenkontrollverfahren wegen verfassungsrechtlicher Prüfung des Fünften Strafrechtsreformgesetzes; Arndt, Erhard, Funcke]; Nachweise im Bericht, BT-Drucksache 7/1981 (neu) S. 6). Die Zahl der nach der Reform gemäß Artikel 4 gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche betrug 54 309 im Jahre 1977 und 73 548 im Jahr 1978. Die Sachverständigenkommission kommt unter Berücksichtigung einer Dunkelziffer in einer vorsichtigen Schätzung zu dem Ergebnis, daß die tatsächliche Zahl der in der Bundesrepublik Deutschland **und** im Ausland durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche für die Jahre 1977 und 1978 – annähernd gleichbleibend – zwischen 135 000 und 143 000 liegen dürfte; dabei ist das zahlenmäßige Meldedefizit für 1978 noch nicht genau abschätzbar. Der Bericht enthält Hinweise, daß die Reform nicht etwa zu einer realen Steigerung der Abbruchszahlen geführt hat, sondern daß durch den Wechsel vom illegalen in den legalen Bereich eine Aufhellung der Dunkelziffer ermöglicht worden ist.

Der Anstieg der dem Statistischen Bundesamt gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche ist im wesentlichen auf den fortschreitenden Wechsel von der Illegalität zur Legalität zurückzuführen, insbesondere auf einen Rückgang der Schwangerschaftsabbrüche, die bei deutschen Frauen im Ausland vorgenommen wurden. Außerdem weist das Statistische Bundesamt darauf hin, daß die Beteiligung der Ärzte am Meldeverfahren gestiegen ist und die statistische Erfassung der Schwangerschaftsabbrüche dadurch deutlich verbessert werden konnte. Zum Rückgang der Schwangerschaftsabbrüche im Ausland hat nach Auffassung der Bundesregierung beigetragen, daß es in der Bundesrepublik mehr Möglichkeiten gibt, nach Beratung und Indikationsfeststellung ein Krankenhaus oder eine andere zugelassene Einrichtung zur Vornahme des Schwangerschaftsabbruchs zu finden. Durch weitere Aufklärung über Familienplanung, soziale Hilfen und über die Voraussetzungen und Möglichkeiten eines nichtrechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs läßt sich nach Auffassung der Bundesregierung die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche im Ausland weiter senken.

3. Entwicklungstrends und Vergleich mit dem Ausland

Für das Jahr 1979 ist ein weiterer Rückgang der Schwangerschaftsabbrüche deutscher Frauen in den Niederlanden zu erwarten.

Der Vergleich mit der Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in anderen Staaten zeigt, daß die Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich zu den Ländern mit den geringsten Abbruchszahlen – bezogen sowohl auf die Zahl der Lebendgeburten als auch der Frauen im gebärfähigen Alter – gehört.

Die Bundesregierung stimmt mit der Feststellung der Kommission überein, daß die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs keinen Einfluß auf die Bevölkerungsentwicklung hat. Diese ist vielmehr vom generativen Verhalten abhängig und damit von den Vorstellungen der Bevölkerung über die gewünschte Kinderzahl.

V. Familienplanung

Der Sachverständigenbericht bestätigt die aus der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms „Beratungsstellen" und aus einer im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit durchgeführten Untersuchung gewonnene Erkenntnis, daß es immer noch in großem Umfange an Wissen über die Möglichkeiten der Familienplanung fehlt, besonders bei Angehörigen sozial benachteiligter Schichten und bei Jugendlichen. Daß es darüber hinaus grundsätzliche und spezielle Vorbehalte gegenüber einer kontinuierlichen und auf Sicherheit bedachten Empfängnisverhütung gibt, zeigt, wie schwierig es ist, durch Beratung und Aufklärung die Zahl unerwünschter Schwangerschaften und daraus resultierender schwerwiegender Konfliktsituationen zu verringern. Eine bejahendere Einstellung zur Empfängnisverhütung wird längerfristig nur gefördert, wenn das im wesentlichen durch soziale und psychische Faktoren beeinflußte Bemühen, für Leben und Gesundheit vorzusorgen, zunimmt.

Die Bundesregierung geht trotz der im Bericht dargelegten Defizite davon aus, daß Fragen der Familienplanung in neuerer Zeit im gesellschaftlichen Bewußtsein an Bedeutung gewonnen haben, insbesondere durch die Auseinandersetzung im Rahmen der Reform des § 218 StGB und durch die Fortentwicklung von Sexualerziehung, Sexualberatung sowie Beratung und Aufklärung über Empfängnisverhütung. Zunehmend setzt sich die Erkenntnis durch, daß Familienleben an Qualität gewinnt, wenn Eltern in der Lage sind, die Zahl ihrer Kinder und den Zeitpunkt ihrer Geburt sinnvoll in ihre Lebensplanung einzuordnen. Die Bundesregierung hat diese Entwicklung mitbeeinflußt, einerseits durch Förderung eines qualifizierten Beratungsangebotes, andererseits durch eine langjährige, breit angelegte Aufklärungskampagne.

Um das durch soziale Faktoren bedingte kontrazeptive Verhalten besser beeinflussen zu können, hat die Bundesregierung die Absicht, zielgruppenorientierte Beratung und Aufklärung durch Modellförderung und die Entwicklung neuer Aufklärungsstrategien wirksamer zu gestalten. Darüber hinaus wird geprüft, ob die Behandlung von Fragen der Familienplanung in der Ausbildung von Ärzten, Sozialpädagogen, Sozialarbeitern, Erziehern, Lehrern und Psychologen gefördert werden kann.

Mit der Sachverständigenkommission ist die Bundesregierung der Auffassung, daß die Reform der Strafvorschriften über den Schwangerschaftsabbruch nicht zur Verminderung der Empfängnisverhütung geführt hat. Dies wird durch Untersuchungen bestätigt, die ergeben haben, daß Frauen jede einzelne Methode der Empfängnisverhütung günstiger beurteilen als den Schwangerschaftsabbruch.

Der Abbau noch vorhandener Barrieren gegenüber eine Vorsorge, deren Ziel die Verhinderung unerwünschter Schwangerschaften ist, ist eine Aufgabe, die sich allen gesellschaftlichen Kräften stellt.

VI. Hilfen für Familien

Die Bundesregierung hält wie die Sachverständigenkommission familien- und sozialpolitische Maßnahmen

zum Schutz des neugeborenen Lebens für notwendig. Sie teilt die Auffassung der Sachverständigenkommission, daß famileinfördernde Maßnahmen Hindernisse in der Verwirklichung von Kinderwünschen abbauen helfen können. Dabei sollten solche Maßnahmen an Leitbilder anknüpfen, die der gesellschaftlichen Wirklichkeit entsprechen.

Auch die Bundesregierung sieht einen familienpolitischen Schwerpunkt in der Herstellung von Rahmenbedingungen, die Eltern ermöglichen, berufliche Betätigung und Kindererziehung besser in Einklang zu bringen. Mit der Einführung des Mutterschaftsurlaubs ist der Schutz der im Arbeitsverhältnis stehenden Mutter entscheidend verbessert worden. Sie kann sich nunmehr bis zu sechs Monate nach der Entbindung von der Beschäftigung im Betrieb freistellen lassen. Die Entschließung des Deutschen Bundestages im Rahmen der Verabschiedung des Gesetzes zur Einführung eines Mutterschaftsurlaubs (BT-Drucksache 8/2779) hat für die Weiterentwicklung staatlicher Hilfen zur Pflege und Erziehung von Kindern in den ersten Lebensjahren weitere Hinweise gegeben. Der Entschließung will die Bundesregierung durch die Einführung eines monatlichen Zuschlages für Kleinkinder von 300 DM für die ersten sechs Monate nach der Geburt eines Kindes Rechnung tragen. Diesen Zuschlag sollen alle Familien erhalten, gleichgültig, ob beide Elternteile erwerbstätig sind oder sich ein Elternteil ausschließlich der Kindererziehung widmet.

Der Forderung nach stärkerer finanzieller Entlastung der Familien von Kinderkosten ist durch Kindergelderhöhungen in den Jahren 1978/79 sowie durch die neu eingeführte steuerliche Berücksichtigung von Kinderbetreuungskosten Rechnung gertragen worden. Die von der Bundesregierung für 1981 angekündigte Umwandlung dieses Kinderbetreuungsbetrages in einen allgemeinen Kindergrundfreibetrag von jährlich 1600 DM (800 DM je Kind und Elternteil) wird die wirtschaftliche Lage der Familie weiter verbessern.

Von der Erhöhung des Erstkindergeldes, die der Sachverständigenbericht fordert, wurde bisher abgesehen, weil es zunächst darum ging, das zur Verfügung stehende Finanzvolumen überwiegend zur Verbesserung der finanziellen Lage der Mehrkinderfamilien einzusetzen. Der in Aussicht genommene steuerliche Kindergrundfreibetrag und der Zuschlag für Kleinkinder von 300 DM für sechs Monate nach der Geburt kommt auch Erstkindern zugute.

Die Anrechnung des Kindergeldes auf die Sozialhilfe beruht darauf, daß die Sozialhilfe den notwendigen Lebensunterhaltsbedarf bei Kindern und Jugendlichen, auch den besonderen, vor allem durch das Wachstum bedingten Bedarf sicherstellt, und zwar durch einen Regelsatz, der jeweils an die veränderten wirtschaftlichen Verhältnisse angepaßt wird, sowie durch einen Mietanteil und einmalige Beihilfen (z. B. zur Beschaffung von Bekleidung). Der Frage, ob und in welchem Umfang Sozialhilfeempfänger an Entlastungen durch Kindergeld beteiligt werden können, ist zur Zeit Gegenstand von Beratungen in einer Bund-Länderarbeitsgruppe. Die Aussagen über die Sozialhilfe im Bericht der Sachverständigenkommision beruhen im übrigen auf einer Verkennung der Aufgaben und der Zielsetzung der Sozialhilfe; sie hat die notwendige Hilfe zu gewähren, soweit sie nicht von anderen Personen und Stellen zu leisten ist.

Die von der Sachverständigenkommission erhobene Forderung nach Ausbau der Angebote an Einrichtungen der Jugendhilfe und Kinderbetreuung ist berechtigt. Die Bundesregierung hat durch Vorlage eines Entwurfs zur Reform des Jugendhilferechts und durch Modellförderung im Bereich der Pflegestellen-, Kleinkind- und Kindergartenerziehung hierzu wichtige Beiträge geleistet.

Mit dem Gesetz zur Sicherung des Unterhalts von Kindern alleinstehende Mütter und Väter durch Unterhaltsvorschüsse oder -ausfalleistungen werden vom 1. Januar 1980 an Schwierigkeiten vermindert, die alleinerziehende Eltern haben, wenn die Unterhaltszahlungen des anderen Elternteils ausbleiben. Bei einem monatlichen Leistungssatz von 163 DM wird der Jahresaufwand 1980 etwa 143 Millionen DM betragen. Darüber hinaus ist beabsichtigt, den Haushaltsfreibetrag für Alleinstehende mit Kindern von bisher 3000 DM auf 4212 DM zu erhöhen; dadurch wird dieser Personenkreis in der Proportionalzone des Einkommensteuertarifs in gleicher Weise besteuert, wie zusammen veranlagte Ehegatten, bei denen jeder den Grundfreibetrag erhält.

Zu den weiteren Maßnahmen des Bundes, die darauf gerichtet sind, die Lebensbedingungen von Kindern und Familien zu verbessern, auch soweit es sich um die von der Kommission bewertete Wohnsituation von Familien handelt, wird auf die Stellungnahme der Bundesregierung zum Dritten Familienbericht (BT-Drucksache 8/3120) und die Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der CDU/CSU zu Grundproblemen der Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland (BT-Drucksache 8/3299) hingewiesen.

Die Sachverständigenkommission weist zurecht darauf hin, daß die vorhandenen Hilfen für viele schwangere Frauen schwer durchschaubar sind und häufig auch nicht ausreichen. Um mehr Transparenz zu erreichen, hat die Bundesregierung im Rahmen ihrer Aufklärungsaktion zur Familienplanung eine Schrift mit der Bezeichnung „Jede Muttter hat ein Recht auf Hilfen" herausgegeben und in Millionenauflage verteilen lassen. Darüber hinaus haben die mehr als tausend anerkannten Beratungsstellen für Schwangerschaftskonfliktberatung die Aufgabe, schwangere Frauen über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder zu beraten.

Die Bundesregierung hält es für notwendig, die schnelle Hilfeleistung durch darauf bezogene Fortbildung zu fördern.

Die Bundesregierung ist sich bewußt, daß es gesellschaftlicher Verhaltensänderungen sowie weiterer Anstrengungen im öffentlichen Leistungsbereich bedarf, um die Probleme zu vermindern, die viele schwangere Frauen haben, wenn sie ihr Kind austragen wollen.

Die Bundesregierung sieht sich durch den Bericht in ihrer Auffassung bestätigt, daß durch die Reform des § 218 des Strafgesetzbuches zum ersten Mal Möglichkeiten eröffnet worden sind, um Frauen, die unter der Geltung des alten Rechts in einer außergewöhnlichen Notlage von Staat und Gesellschaft allein gelassen

worden sind, anzusprechen, ihre Probleme zu erfahren und ihnen Rat und Hilfe anzubieten. Die Bundesregierung ist sich bewußt, daß zur weiteren Durchsetzung des Reformanliegens aufgrund der nunmehr vorliegenden ersten Erfahrungen das Beratungs- und Leistungsangebot ausgebaut und verbessert werden muß. Nach den Feststellungen der Sachverständigenkommission sind die entscheidenden Probleme, vor die sich schwangere Frauen häufig gestellt sehen, nur zum kleineren Teil wirtschaftlich begründet. In erheblichem Maße beruhen sie auf familiären und persönlichen Problemen, die nicht ohne weiteres durch staatliche Maßnahmen gelöst werden können. Zur weiteren Verbesserung der Lage schwangerer Frauen und zum Schutze des ungeborenen Lebens, zum Abbau von Situationen, in denen eine Frau allein im Abbruch der Schwangerschaft einen Ausweg aus einer schwerwiegenden Notlage sieht, sind daher neben dem Staat auch alle gesellschaftlichen Gruppen aufgerufen.

Bericht der „Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 des Strafgesetzbuches"

Inhaltsverzeichnis

Mitglieder der Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 StGB

Vorsitzende

Dr. Rut Sturm-Wittrock, Vorsitzende Richterin am Hessischen Verwaltungsgerichtshof Kassel als ständige Vorsitzende eines Senats

Stellvertretende Vorsitzende

Dr. med. Elisabeth Funke, Ministerialrätin im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Ingeburg Schäfer, Sozialreferentin, Leiterin einer Modellberatungsstelle, Kassel

Dr. med. Hans-Harald Bräutigam, Ltd. Arzt der Frauenklinik des Marienkrankenhauses Hamburg

Elfriede Hoffmann, Sozialwirt (grad.), Gewerkschaftssekretärin, Bochum

Dr. Dr. Hans W. Jürgens, Prof. für Anthropologie und Bevölkerungswissenschaft an der Universität Kiel

Dr. Dr. Siegfried Keil, Prof. für Sozialpädagogik an der Pädagogischen Hochschule Dortmund

Dr. Dr. Siegfried Koller, Prof. em. für Medizin-Statistik an der Universität Mainz

Dr. med. Karl Oeter, Wiss. Assistent an der Medizinischen Hochschule Hannover, Abteilung für Medizinische Soziologie

Dr. med. Herwig Poettgen, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe; Psychotherapie, Düren

Fanny Raupp, Pflegedienstleiterin am Kreiskrankenhaus Breisach

Dr. med. Jürgen von Troschke, Prof. für Medizinische Soziologie an der Universität Freiburg

Dr. Wolf Rainer Wendt, Prof. für Sozialpädagogik an der Berufsakademie Stuttgart

Dr. Edith Zundel, Prof. für Sozialarbeit an der Fachhochschule Köln

Geschäftsführung der Kommission
im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit

Dipl.-Psych. Elke Keinath-Vogel
Dipl.-Soz. Gertrud Zimmermann
Amtsrat Hans-Joachim Plath

Präambel

Der hier vorgelegte Kommissionsbericht ist das Ergebnis einer vierjährigen intensiven Auseinandersetzung mit einem außerordentlich komplexen und in der Öffentlichkeit oft emotional diskutierten Problembereich. Dem entsprach eine der Fragestellung angemessene interdisziplinäre Zusammensetzung der Kommission. Dies hatte zur Folge, daß die Problematik des Schwangerschaftsabbruchs und der flankierenden Maßnahmen zum Schutz des werdenden Lebens unter vielfältigen Gesichtspunkten behandelt werden konnte. Dabei ist die Kommission davon ausgegangen, daß eine Einstimmigkeit in bezug auf jede im einzelnen getroffene Aussage und Feststellung nicht zu erwarten war und bei der Komplexität der behandelten Problemkreise auch nicht als erwünscht anzusehen ist.

Einleitung

Die Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 StGB wurde auf Antrag des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit und auf einstimmigen Beschluß des Deutschen Bundestages eingesetzt [1]). Ihre Aufgabe bestand entsprechend dem Wortlaut des Antrags vom 21. März 1974 darin

a) zu prüfen, ob und ggf. welche über die zur Zeit im Zusammenhang mit der Reform des § 218 StGB von der Bundesregierung und den freien Trägern getroffenen bzw. geplanten Maßnahmen hinaus durch weitere Maßnahmen und Regelungen der Schutz ungeborenen Lebens und die Hilfe für die Schwangere noch wirksamer gewährleistet werden kann,

b) Erfahrungen der Ärzte, Krankenanstalten und Beratungsstellen über
   1. Beratung von Schwangeren
   2. die medizinischen, psychologischen und sozialen Folgen ärztlich vorgenommener Schwangerschaftsabbrüche

   zu sammeln und auszuwerten.

Ein erster Auswertungsbericht sollte zusammen mit der Stellungnahme des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit dem Deutschen Bundestag zum 1. Januar 1978 vorgelegt werden.

Nachdem das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 25. Februar 1975 die Fristenregelung des Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts zurückgewiesen hatte und dementsprechend die Reform des § 218 StGB in der Fassung des Fünfzehnten Strafrechtsänderungsgesetzes erst am 21. Juni 1976 in Kraft treten konnte, wurde der Abgabetermin für den Bericht auf den 1. Januar 1980 verlegt, um der Kommission für ihre Arbeit einen ausreichenden Beobachtungszeitraum zu gewähren.

Die Kommission wurde am 24. November 1975 eingesetzt, d. h. vor dem Inkrafttreten des Fünfzehnten Strafrechtsänderungsgesetzes. Daraus ergab sich der Vorteil, den Prozeß der Umsetzung der Reform in die Praxis von Anfang an verfolgen zu können, allerdings mit der Schwierigkeit, daß nicht auf vorliegende Daten zurückgegriffen werden konnte, sondern diese erst erarbeitet werden mußten.

Um die gemeinsame Arbeit im Plenum der Kommission von der Zahl der Mitglieder her nicht zusätzlich zu erschweren, wurde bewußt darauf verzichtet, in der Kommission auch die Vertretung von Kirchen, Verbänden und Institutionen vorzusehen, die an der Praktizierung der Reform des § 218 StGB maßgeblich beteiligt sind. Die gleichwohl unverzichtbare Zusammenarbeit mit diesen Gremien wurde durch gemeinsame Seminarveranstaltungen, Anhörungen und schriftlichen Meinungsaustausch realisiert. Bei der Berufung der Sachverständigen war der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit um eine interdisziplinäre Zusammensetzung der Kommission bemüht, um ein möglichst breites Spektrum von Fach- und Tätigkeitsbereichen, die mit der Problematik des Schwangerschaftsabbruchs befaßt sind, zu berücksichtigen und zugleich der Pluralität der Gesellschaftsstruktur in der Bundesrepublik Rechnung zu tragen.

Die Arbeit der Kommission wurde dadurch beeinflußt, daß die in der Öffentlichkeit sehr emotional und weltanschaulich kontrovers geführte Diskussion über den Schwangerschaftsabbruch mit der Gesetzesreform nicht beendet worden war. Vielmehr ist noch immer eine weitgehende Tabuisierung des Themas „Schwangerschaftsabbruch" festzustellen. Dies spiegelt sich in den z. T. widersprüchlichen Informationen und Daten wider, die von den Betroffenen selber sowie von den mit Schwangerschaftsabbrüchen befaßten Institutionen und gesellschaftlichen Gruppierungen zu erhalten waren.

Obwohl die Bereitschaft zur Kooperation mit der Kommission weitgehend vorhanden war, soll nicht verschwiegen werden, daß einzelne gesellschaftliche Gruppen und Organisationen – aus den unterschiedlichsten Motiven – nicht bereit waren, die Kommission bei der Erfüllung ihres Auftrags zu unterstützen.

Sowohl die Komplexität der Erfahrungen mit der Reform des § 218 StGB als auch die spezifischen Probleme der Datenerhebung in einem Zeitraum, der zu einem nicht geringen Teil durch Anfangsschwierigkeiten und erste Orientierungsversuche der Betroffenen gekennzeichnet war, erschwerten die Arbeit der Kommission und die Interpretation der gesammelten Informationen.

Die Widersprüche in den mitgeteilten Erfahrungen und in den Ergebnissen der Kommissionsarbeit sind zum einen aus den unterschiedlichen Grundpositionen der jeweiligen Berichterstatter zu erklären, zum anderen aber auch aus der unvermeidlichen Diskrepanz zwischen den Bemühungen um eine allgemeine Problem**bewältigung** – z. B. durch Behörden, Verbände und andere Institutionen – und dem individuellen Bemühen um eine angemessene Problem**lösung** in jedem Einzelfall. Die Beurteilung der Gesetzesrealität geschieht aus der Sicht von Instanzen nach anderen Kriterien als aus der Sicht der unmittelbar Betroffenen.

Die Kommission ist jedoch der Auffassung, gleichwohl ein in vielen Aspekten realistisches Bild der Situation nach der Reform des § 218 StGB gewonnen zu haben, wobei die unterschiedlichen Interpretations**möglichkeiten** – je nach Einstellung und spezifischem Erfahrungshintergrund – im Blickfeld bleiben müssen. Insgesamt ergibt sich ein komplexes und heterogenes Bild, das der Differenziertheit eines Problembereichs entspricht, für den es eine Ideallösung, die jedem gleichermaßen akzeptabel ist, nicht geben kann. Die vorliegenden Analysen und Vorschläge zur Verbesserung der Situation sollten deshalb nicht als Patentrezept zur Lösung der anstehenden Probleme mißverstanden werden, sondern als Grundlage für eine differenzierte und sachliche Diskussion der komplexen Problematik dienen.

---

[1]) BT-Drucksachen 7/548, 7/552, 7/1789; Protokoll der 88. Sitzung des Deutschen Bundestages vom 21. März 1974.

Es war nicht Aufgabe der Kommission, Divergenzen der Interpretation der Gesetzesrealität auszuräumen, vielmehr war sie bemüht, die Punkte aufzuzeigen, an denen sich die Hauptprobleme der Reform manifestieren, und eine vorsichtige Interpretation der erfaßten Daten vorzunehmen.

Die Probleme sind so vielfältig miteinander verknüpft, daß eine eindeutige Zuordnung zu bestimmten Abschnitten der Darstellung meist nicht möglich war; die einzelnen Aspekte werden vielmehr wiederholt in verschiedenen Kapiteln des Berichts angesprochen und aus wechselnder Sicht dargestellt. Als Grundlage für den Bericht dienten neben amtlichen Statistiken und zahlreichen Gesprächen mit Fachleuten eine Reihe von empirischen Forschungsprojekten und Expertisen sowie Informationsreisen von Kommissionsmitgliedern nach Großbritannien, den Niederlanden und in die Deutsche Demokratische Republik, die unternommen wurden, um Vergleichsmaßstäbe für die Beurteilung der Reform in der Bundesrepublik zu gewinnen.

Die Kommission sagt all jenen Dank, die durch ihre Mitarbeit und bereitwillige Unterstützung die Erstellung des vorliegenden Berichts ermöglichten [2]); insbesondere

Prof. Dr. G. Amendt, Bremen; Prof. Dr. F. K. Beller, Münster; Frau A. Bracht, Remscheid; Frau I. Burda, München; Prof. A. Eser, Tübingen; Prof. W. Gitter, Bayreuth; Frau Dr. O. Jürgensen, Frankfurt (Main); Frau Prof. Dr. E. Koll-Bernards, Wuppertal; Frau A. Könn, Aachen; Prof. Dr. D. Krauß, Saarbrücken; Prof. Dr. H. Lau, Darmstadt; Dr. H. Lehfeldt, New York; Prof. Dr. H. Molinski, Düsseldorf; Frau A. Natzke, München; Frau I. Niederfeld, Schloß Holte; Prof. Dr. H. Oepen, Marburg; Prof. Dr. P. Petersen, Hannover; Prof. Dr. H. J. Prill, Bonn; G. Schierbaum, Münster; PD Dr. H. Schmidt-Elmendorff, Bochum; Dr. P. Schnabel, Utrecht; Frau M. Schönhals, München; Prof. Dr. H.-L. Schreiber, Göttingen; PD Dr. S. Sievers, Mannheim; Prof. Dr. P. Stoll, Mannheim; Prof. Dr. G. Stratenwerth, Basel; L. W. Thierauf, München; Frau M. Walterfang, Köln; Prof. Dr. Dr. R. Wille, Kiel; Dr. H. Winter, Düsseldorf; Frau M. Zoller, Mülheim (Ruhr).

Arbeiterwohlfahrt, Bundesverband e. V., Bonn; Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Frauen, Bonn; Berufsverband der Frauenärzte e. V., Ludwigshafen; Bund Deutscher Hebammen e. V., Weinsberg; Bundesärztekammer Köln sowie die Ärztekammern von Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe; Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Bundesvorstand, Hamburg; Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, München, Mittelrheinische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Frankfurt (Main); Deutsche Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf; Deutscher Ärztinnenbund, Oberaudorf; Deutscher Berufsverband der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen e. V., Essen; Deutscher Caritasverband e. V., Freiburg; Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundesvorstand, Düsseldorf; Deutscher Landkreistag, Bonn; Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Gesamtverband e. V., Frankfurt (Main); Deutscher Städtetag, Köln; Diakonisches Werk der EKD e. V., Stuttgart; Familienbund der Deutschen Katholiken, Bundesgeschäftsführung, München; Frauenvereinigung der Christlich Demokratischen Union, Bonn; Humanistische Union, Ortsverband Lübeck; Industriegewerkschaft Metall, Vorstand, Frankfurt (Main); PRO FAMILIA, Bundesverband, Frankfurt (Main); Vertreter der beiden Kirchen; Zentrum für angewandte Psychologie – ZAP –, Nürnberg; Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder, Bremen; Bundesministerium der Justiz, Bonn; Oberste Landesgesundheitsbehörden; Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

[2]) Die Namen der Mitarbeiter der Forschungsprojekte sind der Projektübersicht zu entnehmen.

1 Rechtliche Grundlagen

1.1 Historische Entwicklung

Vor Inkrafttreten der Reform des § 218 StGB am 21. Juni 1976 [1]) war nach geltendem Recht die Abtötung einer Leibesfrucht generell strafbar.

§ 218 des Strafgesetzbuchs vom 15. Mai 1871 bedrohte jeden Beteiligten an einem Schwangerschaftsabbruch mit Zuchthaus von einem Jahr bis zu fünf Jahren. Vorher sah das weltliche Recht zeitliche Abstufungen bei der Festlegung des Strafmaßes vor; diese waren zweifellos vom Kirchenrecht beeinflußt, das noch im 19. Jahrhundert die Abtreibung bis zum 80. Tag nach der Empfängnis straflos ließ.

Bereits vor dem ersten Weltkrieg hatte die Diskussion über eine grundlegende Reform des Strafgesetzbuches eingesetzt. Mehrere seit 1909 vorgelegte Entwürfe, die lediglich Einschränkungen der Strafdrohung für Abtreibung vorsahen, kamen über eine Behandlung in Kommissionen nicht hinaus. Die Verluste im ersten Weltkrieg führten zur Betonung bevölkerungspolitischer Aspekte und zum Festhalten an dem Versuch, den Geburtenrückgang mit strafrechtlichen Mitteln aufzuhalten. So heißt es in der Begründung eines Entwurfs der Strafrechtskommission von 1919,

> „... im Hinblick auf die schweren Schädigungen, die aus dem Umsichgreifen der Abtreibung für das Volkswohl erwachsen",

sei die Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs abzulehnen.

Zur gleichen Zeit begann die Diskussion über eine Liberalisierung der strafrechtlichen Bestimmungen, die die Not der unteren Volksschichten durch „Einschränkung des Gebärzwangs" mildern sollte, wobei erwogen wurde, die Strafandrohung für die ersten drei Monate der Schwangerschaft aufzugeben [2]).

Durch Gesetz vom 18. Mai 1926 [3]) wurde die Strafandrohung für die Schwangere und den Helfer von Zuchthaus auf Gefängnis ohne Mindeststrafandrohung zurückgenommen. Weitere Entwürfe der Reichsregierung und verschiedener Fraktionen zur Reform des Strafrechts gelangten über das Stadium der Ausschußberatungen nicht hinaus.

Als einzige Ausnahme von der generellen Strafbarkeit wurde seit der Entscheidung des Reichsgerichts vom 11. März 1927 [4]) eine enge medizinische Indikation anerkannt, deren Rechtfertigung aus dem übergesetzlichen Notstand abgeleitet wurde, wenn der Schwangerschaftsabbruch wegen einer auf andere Weise nicht abwendbaren Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Schwangeren angezeigt war.

Dem Nationalsozialismus galt die Abtreibung als „Angriff auf die Lebenskraft des deuschen Volkes". Durch Gesetz vom 26. Juni 1935 [5]) wurde das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" vom 14. Juli 1933 [6]) um eine Vorschrift ergänzt, nach der die Abtreibung nur bei unmittelbarer Gefahr für Leben oder Gesundheit der Schwangeren erlaubt war. Diese „medizinische Indikation" mußte von Gutachterstellen festgestellt werden. Die Verordnung zum Schutz von Ehe, Familie und Mutterschaft vom 9. März 1943 [7]) und die Durchführungsverordnung vom 18. März 1943 [8]) bedrohten den Schwangerschaftsabbruch einerseits mit der Todesstrafe, wenn der Täter die Lebenskraft des deutschen Volkes fortgesetzt beeinträchtigte, erklärten aber andererseits die Abtreibung für völlig straflos, wenn sie die Fortpflanzung „minderwertiger Volksgruppen" verhinderte.

Die Diskussion in der Nachkriegszeit kehrte nur zögernd zu den Positionen und Impulsen der zwanziger Jahre zurück. Durch das Dritte Strafrechtsänderungsgesetz vom 4. August 1953 [9]) war zwar die Todesstrafe für Fremdabtreibung beseitigt worden, jedoch begründeten die Regierungsentwürfe eines Strafgesetzbuches von 1959, 1960 und 1962 die angestrebte Aufrechterhaltung einer strengen Strafdrohung auch mit dem Gebot, Bestand und Lebenskraft des Volkes zu erhalten.

Der Entwurf eines Strafgesetzbuches von 1962 sah für schwere Fälle (z. B. bei gewerbsmäßiger Abtreibung oder bei Schwangerschaftsabbruch ohne Einwilligung der Schwangeren) eine Zuchthausstrafe bis zu zehn Jahren vor.

Die Schwangere und der den Schwangerschaftsabbruch durchführende Arzt sollten nur bei Vorliegen einer medizinischen Indikation (Gefahr des Todes oder unzumutbar schwere Schädigung der Gesundheit der Schwangeren) straflos ausgehen.

Die eugenische oder gar die soziale Indikation wurde als unvereinbar mit dem Grundgedanken, daß der hohe Rang des werdenden Lebens einen Schwangerschaftsabbruch nur in notstandsähnlichen Fällen als vertretbar erscheinen lasse, abgelehnt.

Selbst die Forderung nach Einführung der praktisch wenig bedeutsamen, heute fast allgemein anerkannten „ethischen Indikation" löste heftige öffentliche Kontroversen aus.

Erst allmählich setzte sich in der öffentlichen Diskussion die Ansicht durch, daß das geltende Strafrecht fragwürdig geworden war und dringend einer Reform bedurfte. Von vielen Seiten wurde darauf hingewiesen, daß die soziale Wirklichkeit sich so weit von der Rechtsnorm entfernt hatte, daß ein Schutz des ungeborenen Lebens mit den Mitteln des geltenden Strafrechts nicht mehr gewährleistet war. Schätzungen über

[1]) Fünfzehntes Strafrechtsänderungsgesetz vom 18. Mai 1976, BGBl. I S. 1213–1215.

[2]) Vgl. Grotjahn-Radbruch: Die Abtreibung der Leibesfrucht, 1921.

[3]) RGBl. I S. 239.

[4]) RGSt 61, 242.

[5]) RGBl. I S. 773.

[6]) RGBl. I S. 529.

[7]) RGBl. I S. 140.

[8]) RGBl. I S. 169.

[9]) BGBl. I S. 735.

illegal durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche reichten von 80 000 bis 350 000 und sogar bis 1 000 000 pro Jahr; dagegen wurden legal – aufgrund der Zustimmung der von den Ärztekammern eingesetzten Gutachterkommissionen – in den siebziger Jahren jährlich nur ca. 20 000 Schwangerschaftsabbrüche aus medizinischer oder medizinisch-psychiatrischer Indikation vorgenommen [10]). Den vielfältigen Notlagen der Schwangeren konnte im Rahmen der geltenden Regelung nicht hinreichend Rechnung getragen werden, so daß die betroffenen Frauen, wenn sie sich in einer für sie ausweglosen Konfliktsituation befanden, in die Illegalität gedrängt wurden. Sofern sie sich aufgrund fehlender Möglichkeiten, Mittel oder Informationen nicht ins benachbarte Ausland (überwiegend England und Holland) begeben konnten, um dort einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen, waren sie auf „Kurpfuscher", durch die sie gesundheitlich erheblich gefährdet waren, oder auf inländische Ärzte angewiesen, die sich ihr strafrechtliches Risiko entsprechend hoch bezahlen ließen. Die unterschiedlichen Auffassungen in der Bevölkerung und bei den verschiedenen gesellschaftlichen Gruppierungen führten zu Lösungsvorschlägen, die von der ersatzlosen Streichung des § 218 StGB über verschiedenartige Fristenmodelle und unterschiedlich weit gefaßte Indikationsregelungen bis hin zu einer Verschärfung des Abtreibungsstrafrechts reichten.

Das Erste Gesetz zur Reform des Strafrechts vom 25. Juni 1969 sah bezüglich des Schwangerschaftsabbruches nur eine Milderung des Strafmaßes vor. In der parlamentarischen Diskussion wurde jedoch klargestellt, daß eine grundlegende Reformierung des Abtreibungsstrafrechts dringend notwendig sei. Strafbar waren die Eigenabtreibung, die Fremdabtreibung und in beiden Fällen der Versuch. Der ärztliche Schwangerschaftsabbruch war nur dann zulässig, wenn er „zur Abwendung einer ernsten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Schwangeren vorgenommen wird". Dies folgte aus § 14 Abs. 1 des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" i. d. F. des Gesetzes vom 26. Juni 1935 [11]). In Bayern und in Hessen, wo dieses Gesetz aufgehoben worden war, wurden die Merkmale des § 14 Abs. 1 als ungeschriebene Mindestvoraussetzungen des übergesetzlichen Rechtfertigungsgrundes der medizinischen Indikation angesehen [12]). Diese schon vor 1933 entwickelte Praxis ging auf die Rechtsprechung des Reichsgerichts zurück [13]).

1.2 Die Reformdiskussion

1.2.1 Der Alternativentwurf der Strafrechtsprofessoren

Im Jahre 1970 veröffentlichte eine Gruppe von Strafrechtlern einen Alternativentwurf zu dem 1962 von der Bundesregierung vorgelegten Entwurf eines Strafgesetzbuches [14]). Dieser Entwurf enthielt einen Mehrheits- und einen Minderheitsvorschlag.

Einig waren sich beide Gruppen darüber, daß der mit Einwilligung der Schwangeren vorgenommene Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten vier Wochen straflos sein sollte.

Das von der **Mehrheit** befürwortete Fristenmodell sah darüber hinaus eine Straffreiheit auch dann vor, wenn der Schwangerschaftsabbruch im 2. oder 3. Monat vorgenommen würde; zusätzliches Erfordernis für Straflosigkeit in diesen Fällen war jedoch die Vornahme des Abbruches durch einen Arzt nach vorausgegangener Beratung durch eine Beratungsstelle. Nach Ablauf der Dreimonatsfrist sollten nur noch die medizinische oder die eugenische Indikation Straffreiheit bewirken.

Der **Minderheitsvorschlag** sah für den Schwangerschaftsabbruch später als vier Wochen nach der Empfängnis eine Indikationenregelung vor.

Der Abbruch der Schwangerschaft sollte nur in den Fällen straflos sein, in denen der Schwangeren die Austragung der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gesamten Lebensumstände nicht zumutbar wäre. Als Beispiele wurden die medizinische, ethische, eugenische und soziale Indikation genannt. Weitere Erfordernisse für einen straffreien Schwangerschaftsabbruch sollten die Einwilligung der Schwangeren und die Genehmigung durch eine Gutachterstelle sein; der Abbruch aufgrund einer ethischen oder sozialen Indikation sowie der Eingriff bei einer Schwangeren unter 16 Jahren sollte bis zum 3. Monat, aufgrund einer eugenischen Indikation allenfalls bis zum 6. Monat erfolgen dürfen.

1.2.2 Die öffentliche Diskussion

Die Stellungnahme der **Katholischen Kirche** bezog sich hauptsächlich auf die Enzykliken „Casti connubii" vom 31. Dezember 1930 und „Humanae vitae" vom 25. Juli 1968.

Die Enzyklika „Casti connubii" wendet sich gegen jegliche Form der „Zerstörung des Lebens der Ungeborenen"; die Konfliktsituation einer ungewollt Schwangeren wird zwar anerkannt, ein Schwangerschaftsabbruch dagegen mit dem Gebot „Du sollst nicht töten" abgelehnt. Die Enzyklika „Humanae vitae" schließt einen Schwangerschaftsabbruch mit Hinweis auf die „Leitsätze der menschlichen und christlichen Auffassung über die Ehe" aus, und zwar auch dann, wenn therapeutische Gründe gegeben wären.

In der „Stellungnahme zum Schutze des werdenden Lebens" des Kommissariats der Deutschen Bischöfe vom 23. Juni 1971 wurde die grundsätzliche Haltung der katholischen Kirche wiederholt. Bei einer

> „... strengen medizinischen Indikation, also in den Fällen, in denen nur durch einen Schwangerschaftsabbruch die Gefahr des Todes oder einer unzumutbar schweren und nachhaltigen Schädigung an Körper und Gesundheit von der Schwangeren abgewendet werden kann",

---

[10]) Vergleiche dazu die Ausführungen in Kapitel 3, Abschn. 3.4.1.

[11]) RGBl. I S. 773.

[12]) BGHSt 2; 114; 3,7.

[13]) RGSt 61, 247; 62, 147.

[14]) „Alternativ-Entwurf eines Strafgesetzbuches (Besonderer Teil, Straftaten gegen die Person, Erster Halbband), 1970."

wird jedoch befürwortet, von einer strafrechtlichen Verfolgung abzusehen, obwohl die Tat weiterhin als sittlich nicht gerechtfertigt gilt.
Auch das „Hirtenwort der Deutschen Bischöfe zum Schutz des ungeborenen Lebens" vom 25. April 1973 und die „Rahmenrichtlinien der Deutschen Bischofskonferenz für die Beratungs- und Hilfsmaßnahmen zum Schutz des werdenden Lebens" vom 12. Juni 1973 hielten an dieser Auffassung fest.

Die Arbeitsgemeinschaft von Priestergruppen in der Bundesrepublik Deutschland veröffentlichte am 6. Oktober 1972 eine Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch, in der sie betonte, daß das Strafrecht nicht die Aufgabe habe, das ethisch-sittlich wünschenswerte Verhalten des einzelnen Bürgers rechtsverbindlich festzulegen. Da es aber Aufgabe des Staates sei, notwendige Mindestbedingungen für den Schutz bestimmter Rechtsgüter zu schaffen, müsse er zum Schutz des – geborenen wie ungeborenen – menschlichen Lebens, eines Rechtsguts von höchstem Wert, wirksame Abwehrmaßnahmen einsetzen.

Allerdings lasse sich das Problem der Abtreibung mit dem Strafrecht allein nicht lösen. Um das ungeborene menschliche Leben effektiv zu schützen, bedürfe es hauptsächlich sozialer und gesellschaftspolitischer Maßnahmen, da die meisten Schwangerschaftsabbrüche aus materiellen, sozialen, familiären und psychischen Notsituationen entstünden.

Da sich trotz dieser Maßnahmen Konflikt- und Härtefälle nicht vermeiden ließen, müsse vor einem in Erwägung gezogenen Schwangerschaftsabbruch eine umfassende Beratung der Schwangeren – die in den meisten Fällen mit ihrem Problem allein gelassen sei – in dafür eingerichteten Beratungsstellen stattfinden. Stelle sich dann heraus, daß die Notlage der Frau so schwerwiegend sei, daß der einzige Ausweg in einem Schwangerschaftsabbruch läge – etwa bei einer medizinischen Indikation, wenn nur Mutter oder Kind gerettet werden könnten –, so müsse man sich zu diesem Schritt entschließen.

Die Arbeitsgemeinschaft der Priestergruppen befürwortete eine Indikationsregelung, nach der ein Schwangerschaftsabbruch aus medizinischen, ethischen und eugenischen Gründen sowie wegen einer durch andere Mittel nicht zu beseitigenden Notsituation erlaubt sein sollte. Die sogenannte soziale Indikation schloß sie jedoch mit Hinweis auf soziale Hilfen aus.

Zu erwähnen ist schließlich die Stellungnahme der Katholischen Arbeitsgemeinschaft für Krankenpflege in Deutschland zur Änderung des § 218 StGB vom 12. Mai 1971. Sie sprach sich eindeutig dagegen aus, die Strafandrohung für den Schwangerschaftsabbruch fallen zu lassen. Für den Fall einer Legalisierung des Schwangerschaftsabbruches kündigte sie an, daß die katholischen Krankenschwestern und -pfleger an den entsprechenden Eingriffen nicht mitwirken würden.

Auch der **Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland** vertrat in der „Erklärung zu den Rechtsfragen des Schwangerschaftsabbruches" vom 17. März 1972 ein Indikationenmodell. Nach seinen Vorstellungen sollte ein Schwangerschaftsabbruch in einer Notlagensituation erlaubt werden, wobei Regelbeispiele für eine Notlage die medizinische, kindliche und ethische Indikation wären; auch eine schwere soziale Notlage sollte in Ausnahmefällen einen Schwangerschaftsabbruch rechtfertigen. Die Feststellung über das Vorliegen einer Indikation sollte eine Gutachterstelle treffen, die allein in der Lage wäre, eine objektive Begutachtung des Einzelfalls vorzunehmen; außerdem müsse eine umfassende Beratung der Schwangeren stattfinden.
Die Hauptaufgabe einer Reform des § 218 StGB sah der Rat der Evangelischen Kirche – ebenso wie die Vertreter der katholischen Kirche – in einer Verbesserung der sozialen Lage der schwangeren Frau, ihrer Familie und ihrer Kinder.

Es gab aber auch Gruppierungen in der Evangelischen Kirche, die eine Fristenregelung befürworteten. So setzten sich z. B. die Evangelische Kirche des Rheinlandes sowie eine Gruppe von Hochschullehrern, wissenschaftlichen Mitarbeitern und Angestellten der Theologischen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen für eine Fristenlösung bei gleichzeitiger Einrichtung von Beratungsstellen mit der Begründung ein, daß ihnen die Indikationslösung untauglich (erschiene), um die mit § 218 StGB angesprochenen Probleme zu lösen, weil damit keine Änderung der bestehenden Verhältnisse und keine Reduzierung der Abtreibungsquote erreicht werden würden.

In der öffentlichen Diskussion war es die **Humanistische Union,** die als eine der ersten Organisationen zu dem Problem des Schwangerschaftsabbruchs Stellung nahm. Ihr Lösungsvorschlag orientierte sich hauptsächlich an dem – im selben Jahr erschienenen – Alternativentwurf und sah eine Straflosigkeit der Schwangeren in den ersten 3 Monaten der Schwangerschaft dann vor, wenn der Abbruch durch einen Arzt oder mit Hilfe eines zugelassenen Abtreibungsmittels vorgenommen würde. Nach dieser Dreimonatsfrist sollte eine Abtreibung weiterhin bei medizinischer und eugenischer Indikation sowie einem Empfängnisalter unter 16 Jahren zulässig sein. Von der Verpflichtung der Schwangeren, eine Beratungsstelle aufzusuchen, wie es der Alternativentwurf gefordert hatte, wurde mit der Begründung abgesehen, daß eine Stelle, die als „Abratungsstelle" geschaffen werden sollte, die Frauen in zahlreichen Fällen, genau wie bei der Androhung einer Strafe, in Isolation und Kriminalität treiben würde.
In der Bevölkerung begann die Diskussion über eine Neuregelung des § 218 StGB etwa 1970. Maßgeblich beteiligt daran waren verschiedene Aktionskomitees und feministische Frauengruppen, die für eine Reformierung bzw. für die ersatzlose Streichung des § 218 eintraten.

Sie forderten neben der ersatzlosen Streichung des § 218 StGB freien Zugang zu Verhütungsmitteln, sowie das Recht auf einen Schwangerschaftsabbruch, dessen Kosten die Krankenkassen übernehmen sollten.

Die Einstellungen der Bevölkerung zur Reform des § 218 StGB sind zum größeren Teil an einer weitgehenden Liberalisierung orientiert.
In einer 1972 durchgeführten Bevölkerungsumfrage erklärten 28 % der Befragten ihre Zustimmung zu einer erweiterten Indikationenregelung (einschließlich der Notlage-Indikation), 28 % gaben einer Fristenlösung den Vorzug und 15 % waren für die ersatzlose Streichung. Nur knapp 10 % waren für die Beibehal-

tung der damals gültigen gesetzlichen Regelung und 20 % entschieden sich für eine eingeschränkte Indikationenregelung [15]).

1.2.3 Vorschläge der Parteien

Etwa Mitte des Jahres 1971 traten auch die Parteien in die öffentliche Diskussion ein und reagierten mit Beschlüssen und Stellungnahmen auf die Äußerungen der Bevölkerung und der Verbände.

Im April 1971 forderte der Landesverband Hamburg der Deutschen Jungdemokraten die Streichung des § 218 StGB unter Hinweis auf das Elend, das dieser Paragraph verursache, und auf die große Zahl der jährlichen illegalen Abtreibungen.

Am 15. Mai 1971 schlug die Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Juristen in einem Beschluß zum Schwangerschaftsabbruch vor, den Abbruch der Schwangerschaft straflos zu lassen, wenn die Schwangere in den Eingriff einwilligen und dieser von einem Arzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst vorgenommen würde. Nach der Dreimonatsfrist solle ein von einem Arzt durchgeführter Schwangerschaftsabbruch nur noch bei medizinischer oder eugenischer Indikation, die von einer ärztlichen Gutachterstelle festgestellt werden müßte, straffrei sein.

Der Bundesfachausschuß für Rechts- und Innenpolitik der FDP empfahl am 4. Juni 1971 seiner Bundestagsfraktion, „auf der Grundlage des Alternativentwurfes zur Schwangerschaftsunterbrechung initiativ zu werden". Das bedeutete, daß Schwangerschaftsabbrüche bis zum Ende des 3. Monats nicht mehr unter Strafe gestellt würden, nach Ablauf des 3. Monats wäre ein Abbruch nur bei medizinischer und eugenischer Indikation nach Aufsuchen einer Gutachterstelle zulässig.

Der Bundesfrauenausschuß der SPD nahm am 1. Juli 1971 zur Reform des § 218 StGB Stellung:

Innerhalb der ersten 3 Monate sollte ein Schwangerschaftsabbruch straflos sein, wenn er nach Beratung der Frau von einem Arzt ihres Vertrauens vorgenommen würde; nach dem 3. Schwangerschaftsmonat dürfe ein Abbruch nur aus schwerwiegenden medizinischen Gründen erfolgen. Neben der Strafrechtsreform müsse eine verstärkte Auflärung über Familienplanung gewährleistet werden.

1.3 Entwicklung bis zum Inkrafttreten des 15. Strafrechtsänderungsgesetzes

Anfang 1972 legte die Bundesregierung den Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts vor [16]). Er hielt am grundsätzlichen Verbot des Schwangerschaftsabbruchs fest, sah jedoch vier Ausnahmen vom gesetzlichen Verbot vor: die medizinische, ethische, eugenische und soziale Indikation.

Eine Gruppe von 51 Abgeordneten der Fraktionen der SPD und FDP legte zugleich einen eigenen Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des § 218 des Strafgesetzbuches [17]) vor, der sich an sozialdemokratischen Forderungen der Weimarer Zeit und am Mehrheitsvorschlag der „Alternativ-Professoren" orientierte und den Schwangerschaftsabbruch durch einen Arzt in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten bei Einwilligung der Schwangeren nach ärztlicher Beratung stets straffrei stellen sollte (Fristenregelung). Die parlamentarische Behandlung der Entwürfe wurde mit einer öffentlichen Anhörung von Sachverständigen eingeleitet [18]). Die vorzeitige Auflösung des VI. Deutschen Bundestages verhinderte jedoch eine abschließende Beratung.

In der 7. Wahlperiode des Deutschen Bundestages sollten die seit 70 Jahren betriebenen Reformbestrebungen ihre Verwirklichung finden. Bereits die Regierungserklärung des damaligen Bundeskanzlers Brandt vom 18. Januar 1973 [19]) hob das Thema „Reform der Strafvorschriften über den Schwangerschaftsabbruch" besonders hervor:

> „Neben einem Abbau kinderfeindlicher Tendenzen und dem Ausbau der Familienplanung bedarf es in dieser Legislaturperiode einer Reform des § 218. Die Bundesregierung geht nach Gesprächen mit den Koalitionsfraktionen davon aus, daß diese Reform auf Grund von Vorschlägen aus der Mitte des Parlaments beraten und verabschiedet werden kann."

1.3.1 Gesetzentwürfe

Im März 1973 griffen die Fraktionen von SPD und FDP den „Fristenentwurf" wieder auf; ihm wurden ein Entwurf von Abgeordneten der Koalition sowie zwei Entwürfe aus den Reihen der Opposition gegenübergestellt:

— Der Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und FDP [20]) vom 21. März 1973 sah für den Schwangerschaftsabbruch Straffreiheit vor, wenn dieser zwischen dem 14. Tag und dem Ende des 3. Monats nach der Empfängnis mit Einwilligung der Schwangeren nach ärztlicher Beratung von einem Arzt vorgenommen wird (sog. Fristenmodell); nach diesem Zeitpunkt ist der Schwangerschaftsabbruch nur unter den Voraussetzungen einer medizinischen und kindlichen Indikation straffrei.

— Der Gesetzentwurf der Abgeordneten Dr. Müller-Emmert, Dürr, Dr. Bardens und Genossen vom 4. März 1973 [21]) übernahm das Indikationsmodell, das die Bundesregierung in der VI. Wahlperiode vorgelegt hatte [22]) mit der Maßgabe, daß die Schwangere selbst generell straffrei sein sollte.

— Der Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU vom 11. Mai 1973 [23]) sah wie der „Müller-Emmert-Entwurf" eine Indikationsregelung vor. Abweichend davon wurden jedoch nur zwei Indikationen aner-

[15]) Ein Vergleich mit den in Kapitel 12 dargestellten Ergebnissen der neueren Umfrage von 1977 ist kaum möglich, da 1977 eine andere Altersgruppe der Bundesbevölkerung befragt wurde.

[16]) BT-Drucksache VI/3434.

[17]) BT-Drucksache VI/3137.

[18]) Protokoll des Sonderausschusses des Deutschen Bundestages für die Strafrechtsreform, VI. Wahlperiode, 74., 75. und 76. Sitzung vom 10. bis 12. April 1972.

[19]) Bulletin Nr. 6 vom 19. Januar 1973.

[20]) BT-Drucksache 7/375.

[21]) BT-Drucksache 7/443.

[22]) BT-Drucksache VI/3434.

[23]) BT-Drucksache 7/554.

kannt: die medizinische und die ethische Indikation. Darüber hinaus war eine Vorschrift vorgesehen, die es dem Gericht gestatten sollte, sowohl bei der Schwangeren als auch bei dem Arzt von Strafe abzusehen, wenn der Schwangerschaftsabbruch vorgenommen wird, weil die Schwangere in außergewöhnlicher Bedrängnis handelt und sie sich dieser Bedrängnis nicht in zumutbarer Weise entziehen kann.

— Der Gesetzentwurf der Abgeordneten Dr. Heck u. a. [24]) sah nur die medizinische Indikation als Ausnahme von der grundsätzlichen Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruchs vor. Im übrigen sollte auch nach diesem Entwurf der Richter die Möglichkeit haben, sowohl die Schwangere als auch den Arzt straffrei zu erklären, wenn die Schwangere in außergewöhnlicher Bedrängnis handelt.

Die zum Teil sehr heftig geführten Diskussionen in dem nun folgenden ordentlichen Gesetzgebungsverfahren offenbarten noch einmal die unterschiedlichen Positionen innerhalb der Bevölkerung und bei den Kirchen, Verbänden und Parteien.

1.3.2 Das Fünfte Gesetz zur Reform des Strafrechts

Am 25. und 26. April 1974 standen die vier Gesetzentwürfe im Deutschen Bundestag in zweiter und dritter Lesung zur Beratung und Abstimmung. Bei den Beratungen im Sonderausschuß des Deutschen Bundestages für die Strafrechtsreform [25]) hatte keiner der vier Entwürfe die Mehrheit der Ausschußmitglieder gefunden. Der Ausschuß beriet daher alle vier Entwürfe eingehend und legte sie gemeinsam zur Verabschiedung vor. In der Schlußabstimmung des Plenums wurde die Fristenregelung mit 247 zu 233 Stimmen bei 9 Enthaltungen angenommen [26]).

Der Bundesrat bezeichnete den Gesetzesbeschluß als zustimmungsbedürftig [27]), versagte ihm nach erfolgloser Anrufung des Vermittlungsausschusses [28]) die Zustimmung und legte vorsorglich Einspruch nach Artikel 77 Abs. 3 GG ein [29]).

Diesen Einspruch wies der Bundestag, der das Gesetz als nicht zustimmungsbedürftig ansah, am 5. Juni 1974 mit 260 gegen 218 Stimmen bei 4 Enthaltungen zurück [30]). Das Fünfte Gesetz zur Reform des Strafrechts (5. StrRG) wurde am 18. Juni 1974 ausgefertigt und am 21. Juni 1974 im Bundesgesetzblatt verkündet [31]), in Kraft treten sollte es am Tage nach der Verkündung.

Jedoch ordnete das Bundesverfassungsgericht am 21. Juni 1974 auf Antrag der Regierung des Landes Baden-Württemberg im Wege der einstweiligen Anordnung an, daß § 218 a StGB i. d. F. des 5. StrRG, der die Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs in den ersten 12 Wochen vorsah, einstweilen nicht in Kraft trete, jedoch der medizinisch, eugenisch oder ethisch indizierte Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten zwölf Wochen seit der Empfängnis straffrei bleibe [32]).

193 Mitglieder der Bundestagsfraktion der CDU/CSU sowie die Landesregierungen von Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz, des Saarlandes und von Schleswig-Holstein stellten beim Bundesverfassungsgericht den Antrag auf verfassungsrechtliche Überprüfung des § 218 a StGB i. d. F. des Fünften Strafrechtsreformgesetzes [33]). Sie hielten diese Vorschrift für unvereinbar mit dem Grundgesetz, weil die darin enthaltene Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs während der ersten zwölf Wochen nach der Empfängnis vor allem gegen Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 in Verbindung mit Artikel 1 Abs. 1 und außerdem gegen die Artikel 3 sowie 6 Absätze 1, 2 und 4 GG sowie gegen das Rechtsstaatsprinzip verstoße. Die antragstellenden Landesregierungen vertraten ferner die Auffassung, für das 5. StrRG sei die Zustimmung des Bundesrates erforderlich gewesen.

1.3.3 Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts

Am 25. Februar 1975 verkündete das Bundesverfassungsgericht sein im abstrakten Normenkontrollverfahren über die Vereinbarkeit des 5. Strafrechtsreformgesetzes mit der Verfassung gefälltes Urteil [34]):

I. § 218 a des Strafgesetzbuches in der Fassung des 5. Gesetzes zur Reform des Strafrechts vom 18. Juni 1974 ist mit Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 in Verbindung mit Artikel 1 Abs. 1 des Grundgesetzes insoweit unvereinbar und nichtig, als er den Schwangerschaftsabbruch auch dann von der Strafbarkeit ausnimmt, wenn keine Gründe vorliegen, die – im Sinne der Entscheidungsgründe – vor der Wertordnung des Grundgesetzes Bestand haben.

II. Bis zum Inkrafttreten einer gesetzlichen Neuregelung wird gemäß § 35 des Gesetzes über das Bundesverfassungsgericht angeordnet:

1) § 218 b und § 219 des Strafgesetzbuches in der Fassung des 5. Gesetzes zur Reform des Strafrechts vom 18. Juli 1974 sind auch auf Schwangerschaftsabbrüche in den ersten 12 Wochen seit der Empfängnis anzuwenden.

2) Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt innerhalb der ersten 12 Wochen seit der Empfängnis vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht nach § 218 des Strafgesetzbuches strafbar, wenn an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 179 des Strafgesetzbuches vorgenommen worden ist und dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß die Schwangerschaft auf der Tat beruht.

---

[24]) BT-Drucksache 7/561.

[25]) Vgl. die Ersten Berichte zu den vier Entwürfen: BT-Drucksache 7/1981 (neu) vom 24. April 1974; 7/1982 vom 10. April 1974; 7/1983 vom 10. April 1974; 7/1984 (neu) vom 20. April 1974.

[26]) BR-Drucksache 329/74 vom 26. April 1974.

[27]) BT-Drucksache 7/2092 vom 13. Mai 1974 (BR-Drucksache 329/74 (Beschluß) vom 10. Mai 1974).

[28]) BR-Drucksache 390/74 (Beschluß) vom 31. Mai 1974 (BT-Drucksache 7/2151 vom 21. Mai 1974).

[29]) BT-Drucksache 7/2181 vom 31. Mai 1974.

[30]) Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, 104. Sitzung, Sten. Ber. S. 6947; BR-Drucksache 439/74 vom 6. Juni 1974.

[31]) BGBl. I. S. 1297.

[32]) BVerfGE 37, 324; BGBl. 1974 I. S. 1309.

[33]) Artikel 93 Abs. 1 Nr. 2 GG, § 13 Nr. 6 BVerfGG.

[34]) BVefGE 39, 1 ff; BGBl. 1975, I, S. 625; JZ 75, 205 ff; NJW 75, 573 ff.

3) Ist der Abbruch der Schwangerschaft in den ersten 12 Wochen seit der Empfängnis von einem Arzt mit Einwilligung der Schwangeren vorgenommen worden, um von der Schwangeren die auf andere ihr zumutbare Weise nicht abzuwendende Gefahr einer schwerwiegenden Notlage abzuwenden, so kann das Gericht von einer Bestrafung nach § 218 des Strafgesetzbuches absehen.

III. In den Leitsätzen zum Urteil führten die Bundesverfassungsrichter dazu aus:

1) Das sich im Mutterleib entwickelnde Leben steht als selbständiges Rechtsgut unter dem Schutz der Verfassung (Artikel 2 Abs. 1 GG).

Die Schutzpflicht des Staates verbietet nicht nur unmittelbare stattliche Eingriffe in das sich entwickelnde Leben, sondern gebietet dem Staat auch, sich schützend und fördernd vor dieses Leben zu stellen.

2) Die Verpflichtung des Staates, das sich entwikkelnde Leben in Schutz zu nehmen, besteht auch gegenüber der Mutter.

3) Der Lebensschutz der Leibesfrucht genießt grundsätzlich für die gesamte Dauer der Schwangerschaft Vorrang vor dem Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren und darf nicht für eine bestimmte Frist in Frage gestellt werden.

4) Der Gesetzgeber kann die grundsätzlich gebotene rechtliche Mißbilligung des Schwangerschaftsabbruches auch auf andere Weise zum Ausdruck bringen als mit dem Mittel der Strafdrohung. Entscheidend ist, ob die Gesamtheit der dem Schutz des ungeborenen Lebens dienenden Maßnahmen einen der Bedeutung des zu sichernden Rechtsgutes entsprechenden tatsächlichen Schutz gewährleistet. Im äußersten Falle, wenn der von der Verfassung gebotene Schutz auf keine andere Weise erreicht werden kann, ist der Gesetzgeber verpflichtet, zur Sicherung des sich entwickelnden Lebens das Mittel des Strafrechts einzusetzen.

5) Eine Fortsetzung der Schwangerschaft ist unzumutbar, wenn der Abbruch erforderlich ist, um von der Schwangeren eine Gefahr für ihr Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung ihres Gesundheitszustandes abzuwenden. Darüber hinaus steht es dem Gesetzgeber frei, andere außergewöhnliche Belastungen für die Schwangere, die ähnlich schwer wiegen, als unzumutbar zu werten und in diesen Fällen den Schwangerschaftsabbruch straffrei zu lassen.

6) Das 5. Gesetz zur Reform des Strafrechts vom 18. Juni 1974 ist der verfassungsrechtlichen Verpflichtung, das werdende Leben zu schützen, nicht in dem gebotenen Umfang gerecht geworden.

Von den acht Mitgliedern des 1. Senats des Bundesverfassungsgerichts hatten fünf Richter diesem Urteil zugestimmt. Zugleich veröffentlichten zwei Richter des Bundesverfassungsgerichts [35]) ihre abweichende Meinung, wonach der Versuch des Gesetzgebers, auf eine weitgehend wirkungslose und sogar schädliche Strafdrohung zugunsten angemessener Mittel der Hilfe zu verzichten, dem Geist der Verfassung mehr entspreche als die Forderung nach Strafe und Mißbilligung.

Im Votum der Minderheit wird eindrucksvoll „die Singularität des Schwangerschaftsabbruchs im Vergleich zu anderen Gefährdungen menschlichen Lebens" dargestellt, die rechtlich auch deshalb besonders ins Gewicht falle, „weil der Schwangeren – anders als dem Adressaten von Strafvorschriften gegen Tötungsdelikte – weit mehr abverlangt wird als nur ein Unterlassen"; sie solle nicht nur „tiefgreifende Veränderungen ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens dulden, sondern auch die Eingriffe in ihre Lebensgestaltung hinnehmen, die sich aus Schwangerschaft und Geburt ergeben, besonders die mütterliche Verantwortung für die weitere Entwicklung des Kindes nach der Geburt tragen".

Deutlicher als in der Urteilsbegründung der Mehrheit des Verfassungsgerichts wird in der abweichenden Meinung die psychische und soziale Situation der betroffenen Frauen, die sich in einem ausweglosen Konflikt zum Schwangerschaftsabbruch entschließen, herausgestellt; auch Staat und Gesellschaft, die

„bisher noch keine hinreichenden Einrichtungen und Lebensformen entwickelt haben, die es der Frau ermöglichen, Mutterschaft und Familienleben mit einer chancengleichen persönlichen Entfaltung, besonders auf beruflichem Gebiet, zu verbinden",

werden für die Konflikte dieser Frauen mitverantwortlich gemacht. Abschließend wird deshalb festgestellt, daß der Gesetzgeber berechtigt war, mit der Fristenregelung dem „Unvermögen von Staat und Gesellschaft im Dienste des Lebensschutzes durch sozial adäquatere Mittel abzuhelfen".

1.4 Das Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetz

In der Folgezeit wurde zunächst das Strafrechtsreformergänzungsgesetz am 28. August 1975 verabschiedet. Dieses Gesetz regelt die sogenannten „flankierenden Maßnahmen", die durch soziale Hilfen zum Rückgang der Schwangerschaftsabbrüche beitragen sollen. So werden den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung Ansprüche auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung und damit zusammenhängende ärztliche Untersuchungen, auf Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln sowie auf Leistungen bei einer nichtrechtswidrigen Sterilisation und bei einem nichtrechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch durch einen Arzt eingeräumt; weiterhin werden u. a. ärztliche Beratung über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwangerschaft sowie ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für eine nichtrechtswidrige Sterilisation oder für einen nichtrechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch gewährt [36]).

[35]) Frau Rupp-v. Brüneck und Dr. Simon in: Urteil des BVerfG, a.a.O.

[36]) Siehe auch Kapitel 10, Abschn. 10.1 und Kapitel 11, Abschn. 11.3.2.

1.5 Das Fünfzehnte Strafrechtsänderungsgesetz

Um den Forderungen des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zu entsprechen, legten die Fraktionen der SPD und der FDP den Gesetzentwurf eines Fünfzehnten Strafrechtsänderungsgesetzes vom 8. Oktober 1975 [37]), die Fraktionen der CDU/CSU den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts vom 23. Oktober 1975 [38]) vor. Die Entwürfe gehen davon aus, daß die Fristenregelung nicht mehr zur Diskussion steht; beide stellen die medizinische Indikation in den Mittelpunkt und lassen in sie alle anderen Indikationen einmünden; der Koalitionsentwurf enthält die eugenische, die ethische und die Notlage-Indikation als unwiderlegliche Unterfälle der medizinischen Indikation, der Oppositionsentwurf geht von einer weitgefaßten medizinischen Indikation mit starken psychisch-sozialen Akzenten aus und nennt die eugenische und die ethische Indikation als Regelbeispiele. Nach dem Koalitionsentwurf ist die Schwangere straffrei, wenn der Schwangerschaftsabbruch nach Beratung von einem Arzt in den ersten 22 Wochen der Schwangerschaft vorgenommen worden ist; darüber hinaus besteht die Möglichkeit des Absehens von Strafe bei besonderer Bedrängnis der Schwangeren. Der Oppositionsentwurf enthält lediglich die Möglichkeit des Absehens von Strafe, allerdings auch bezüglich anderer Personen als der Schwangeren.

Der Bundestag behandelte beide Entwürfe am 7. November 1975 in erster Lesung und überwies sie u. a. an den federführenden Sonderausschuß für die Strafrechtsreform. Auf der Grundlage der in dem Bericht und Antrag des Sonderausschusses für die Strafrechtsreform vom 3. Februar 1976 [39]) enthaltenen Änderungsvorschläge wurde schließlich das Fünfzehnte Strafrechtsänderungsgesetz vom Bundestag am 12. Februar 1976 in zweiter und dritter Lesung durch namentliche Abstimmung angenommen [40]).

Daraufhin rief der Bundesrat am 12. März 1976 den Vermittlungsausschuß an und machte geltend, daß die vom Bundestag beschlossene Gesetzesfassung dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts nicht genügend Rechnung trage, da u. a. die Indikationen nicht eindeutig genug umschrieben seien [41]); doch der Vermittlungsausschuß bestätigte in seiner Sitzung am 18. März 1976 das vom Bundestag beschlossene Gesetz [42]).

Der vom Bundesrat am 9. April 1976 eingelegte Einspruch wurde vom Bundestag am 6. Mai 1976 mit 265 gegen 170 Stimmen zurückgewisen [43]).

Damit konnte das Fünfzehnte Strafrechtsänderungsgesetz vom 18. Mai 1976 am 21. Mai 1976 im Bundesgesetzblatt verkündet werden und am 21. Juni 1976 in Kraft treten.

1.5.1 Gesetzestext

Die geltenden Strafvorschriften über den Schwangerschaftabbruch haben folgenden Wortlaut:

§ 218
Abbruch der Schwangerschaft

(1) Wer eine Schwangerschaft abbricht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter

1. gegen den Willen der Schwangeren handelt oder
2. leichtfertig die Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung der Schwangeren verursacht.

Das Gericht kann Führungsaufsicht anordnen (§ 68 Abs. 1 Nr. 2).

(3) Begeht die Schwangere die Tat, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe. Die Schwangere ist nicht nach Satz 1 strafbar, wenn der Schwangerschaftsabbruch nach Beratung (§ 218 b Abs. 1 Nr. 1, 2) von einem Arzt vorgenommen worden ist und seit der Empfängnis nicht mehr als zweiundzwanzig Wochen verstrichen sind. Das Gericht kann von einer Bestrafung der Schwangeren nach Satz 1 absehen, wenn sie sich zur Zeit des Eingriffs in besonderer Bedrängnis befunden hat.

(4) Der Versuch ist strafbar. Die Frau wird nicht wegen Versuchs bestraft.

§ 218 a
Indikation zum Schwangerschaftsabbruch

(1) Der Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt ist nicht nach § 218 strafbar, wenn

1. die Schwangere einwilligt und
2. der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

(2) Die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 2 gelten auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis

1. dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß das Kind infolge einer Erbanlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustandes leiden würde, die so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann,
2. an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 179 begangen worden ist und

---

37) BT-Drucksache 7/4128.
38) BT-Drucksache 7/4211.
39) BT-Drucksache 7/4696.
40) Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, 221. Sitzung Sten-.Ber. S. 15358.
41) BR-Drucksache 140/76 (Beschluß) vom 12. März 1976 (BT-Drucksache 7/4876 vom 15. März 1976).
42) BT-Drucksache 7/4932 vom 26. März 1976 (BR-Drucksache 215/76 vom 26. März 1976).
43) BR-Drucksache 356/76 vom 21. Mai 1976.

dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß die Schwangerschaft auf der Tat beruht oder

3. der Abbruch der Schwangerschaft sonst angezeigt ist, um von der Schwangeren die Gefahr einer Notlage abzuwenden, die
   a) so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann und
   b) nicht auf eine andere für die Schwangere zumutbare Weise abgewendet werden kann.

(3) In den Fällen des Absatzes 2 Nr. 1 dürfen seit der Empfängnis nicht mehr als 22 Wochen, in den Fällen des Absatzes 2 Nr. 2 und 3 nicht mehr als zwölf Wochen verstrichen sein.

§ 218 b
Abbruch der Schwangerschaft ohne Beratung der Schwangeren

(1) Wer eine Schwangerschaft abbricht, ohne daß die Schwangere

1. sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff wegen der Frage des Abbruchs ihrer Schwangerschaft an einen Berater (Abs. 2) gewandt hat und dort über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder beraten worden ist, insbesondere über solche Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern, und
2. von einem Arzt über die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte beraten worden ist,

wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in § 218 mit Strafe bedroht ist. Die Schwangere ist nicht nach Satz 1 strafbar.

(2) Berater im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 ist

1. eine von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannte Beratungsstelle oder
2. ein Arzt, der nicht selbst den Schwangerschaftsabbruch vornimmt, und
   a) als Mitglied einer anerkannten Beratungsstelle (Nr. 1) mit der Beratung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 betraut ist,
   b) von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts als Berater anerkannt ist oder
   c) sich durch Beratung mit einem Mitglied einer anerkannten Beratungsstelle (Nr. 1), das mit der Beratung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 betraut ist, oder mit einer Sozialbehörde oder auf andere geeignete Weise über die im Einzelfall zur Verfügung stehenden Hilfen unterrichtet hat.

(3) Absatz 1 Nr. 1 ist nicht anzuwenden, wenn der Schwangerschaftsabbruch angezeigt ist, um von der Schwangeren eine durch körperliche Krankheit oder Körperschaden begründete Gefahr für ihr Leben oder ihre Gesundheit abzuwenden.

§ 219
Abbruch der Schwangerschaft ohne ärztliche Feststellung

(1) Wer eine Schwangerschaft abbricht, ohne daß ihm die schriftliche Feststellung eines Arztes, der nicht selbst den Schwangerschaftsabbruch vornimmt, darüber vorgelegen hat, ob die Voraussetzungen des § 218 a Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2, 3 gegeben sind, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in § 218 mit Strafe bedroht ist. Die Schwangere ist nicht nach Satz 1 strafbar.

(2) Ein Arzt darf Feststellungen nach Absatz 1 nicht treffen wenn ihm die zuständige Stelle dies untersagt hat, weil er wegen einer rechtswidrigen Tat nach Absatz 1 oder den §§ 218, 218 b, 219 a, 219 b oder 219 c oder wegen einer anderen rechtswidrigen Tat, die er im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch begangen hat, rechtskräftig verurteilt worden ist. Die zuständige Stelle kann einem Arzt vorläufig untersagen, Feststellungen nach Absatz 1 zu treffen, wenn gegen ihn wegen des Verdachts einer der in Satz 1 bezeichneten rechtswidrigen Taten das Hauptverfahren eröffnet worden ist.

§ 219 a
Unrichtige ärztliche Feststellung

(1) Wer als Arzt wider besseres Wissen eine unrichtige Feststellung über die Voraussetzungen des § 218 a Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2, 3 zur Vorlage nach § 219 Abs. 1 trifft, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in § 218 mit Strafe bedroht ist.

(2) Die Schwangere ist nicht nach Absatz 1 strafbar.

§ 219 b
Werbung für den Abbruch der Schwangerschaft

(1) Wer öffentlich, in einer Versammlung oder durch Verbreiten von Schriften, Ton- oder Bildträgern, Abbildungen oder Darstellungen seines Vermögensvorteils wegen oder in grob anstößiger Weise

1. eigene oder fremde Dienste zur Vornahme oder Förderung eines Schwangerschaftsabbruchs oder
2. Mittel, Gegenstände oder Verfahren, die zum Abbruch der Schwangerschaft geeignet sind, unter Hinweis auf diese Eignung

anbietet, ankündigt, anpreist oder Erklärungen solchen Inhalts bekanntgibt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Absatz 1 Nr. 1 gilt nicht, wenn Ärzte oder anerkannte Beratungsstellen (§ 218 b Abs. 2 Nr. 1) darüber unterrichtet werden, welche Ärzte, Krankenhäuser oder Einrichtungen bereit sind, einen Schwangerschaftsabbruch unter den Voraussetzungen des § 218 a vorzunehmen.

(3) Absatz 1 Nr. 2 gilt nicht, wenn die Tat gegenüber Ärzten oder Personen, die zum Handeln mit den in Absatz 1 Nr. 2 erwähnten Mitteln oder Gegenständen befugt sind, oder durch eine Veröffentlichung in ärztlichen oder pharmazeutischen Fachblättern begangen wird.

§ 219 c
Inverkehrbringen von Mitteln zum Abbruch der Schwangerschaft

(1) Wer in der Absicht, rechtswidrige Taten nach § 218 zu fördern, Mittel oder Gegenstände, die zum Schwangerschaftsabbruch geeignet sind, in den Verkehr bringt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Die Teilnahme der Frau, die den Abbruch ihrer Schwangerschaft vorbereitet, ist nicht nach Absatz 1 strafbar.

(3) Mittel oder Gegenstände, auf die sich die Tat bezieht, können eingezogen werden.

§ 219 d
Begriffsbestimmung

Handlungen, deren Wirkung vor Abschluß der Einnistung des befruchteten Eies in der Gebärmutter eintritt, gelten nicht als Schwangerschaftsabbruch im Sinne dieses Gesetzes.

1.5.2 Erläuterungen

Der Regelungsgehalt der wichtigsten Vorschriften sei hervorgehoben:

Nidationshemmende Handlungen sind nicht tatbestandsmäßig i. S. der §§ 218 ff StGB und damit straflos (§ 219 d StGB).

Der Schwangerschaftsabbruch, der nach dem in § 219 d StGB bezeichneten Zeitpunkt, also von der dritten Schwangerschaftswoche an, vorgenommen wird, ist nach § 218 a Abs. 1 Nr. 1 und 2 StGB gerechtfertigt, wenn die Schwangere einwilligt und wenn er nach ärztlicher Erkenntnis zur Abwehr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes angezeigt ist. Dabei sind die gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren zu berücksichtigen. Diese sozialmedizinische Indikation gilt auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis die Voraussetzungen der „kindlichen", der „ethischen" oder der „Notlage-Indikation" vorliegen (§ 218 a Abs. 2 Nr. 1, 2 und 3 StGB) und wenn die in § 218 a Abs. 3 StGB bezeichneten Fristen eingehalten werden. Liegt eine dieser Indikationen vor, so sind nicht nur alle am Schwangerschaftsabbruch Beteiligten straflos, sondern **der Abbruch ist rechtmäßig mit allen, auch zivil- und sozialversicherungsrechtlichen Folgen.** Hier sind vor allem die wichtigen „flankierenden" Ergänzungen zu nennen, die das 5. StrRG und das Fünfzehnte StrÄG auf sozialpolitischem Gebiet erfahren haben, namentlich durch das „Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetz" vom 28. August 1975.

Auch wenn eine Indikation nicht vorliegt, bleibt die Schwangere selbst immer straflos, wenn der Schwangerschaftsabbruch in den ersten 22 Wochen der Schwangerschaft nach Beratung von einem Arzt vorgenommen wird (§ 218 Abs. 3 Satz 2 StGB). Im Gegensatz zu den Indikationen handelt es sich hierbei lediglich um einen persönlichen Strafausschließungsgrund, der die Rechtswidrigkeit der Tat und die Strafbarkeit der übrigen Beteiligten nicht beseitigt. – Darüber hinaus kann das Gericht von einer Bestrafung der Schwangeren absehen, wenn sie sich zur Zeit des Eingriffs in besonderer Bedrängnis befunden hat (§ 218 Abs. 3 Satz 3 StGB).

Kernstück des neuen Rechts ist die Beratung der Schwangeren vor dem Schwangerschaftsabbruch, die ihr eine dem Wert der betroffenen Rechtsgüter entsprechende Abwägung aller Interessen ermöglichen und Wege aufzeigen soll, ihre Notlage zu überwinden. Die Schwangere muß mindestens drei Tage vor dem Eingriff durch eine anerkannte Beratungsstelle oder einen sachkundigen Arzt, der nicht selbst den Eingriff vornimmt, über die zur Verfügung stehenden Hilfen beraten worden sein (§ 218 b Abs. 1 Nr. 1 i. V. m. § 218 b Abs. 2 StGB). Außerdem muß die Schwangere von einem Arzt über die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte beraten worden sein (§ 218 b Abs. 1 Nr. 2 StGB). Schließlich muß dem Arzt, der den Eingriff vornimmt, die schriftliche Feststellung eines anderen Arztes darüber vorgelegen haben, ob die Voraussetzungen der Indikation gegeben sind (§ 219 Abs. 1 StGB).

Für einen Schwangerschaftsabbruch, der ohne die Beratungen oder ohne die Feststellung vorgenommen wird, ist in den §§ 218 b, 219 StGB Strafe angedroht, jedoch nicht für die Schwangere selbst.

Weitere wichtige Teile der Reform sind die absolute Schweigepflicht aller Beteiligten (§ 203 StGB), das Zeugnisverweigerungsrecht aus beruflichen Gründen (§ 53 StPO), die Zeugnisverweigerung aus persönlichen Gründen (§ 383 Abs. 1 Nr. 6 ZPO), die Einrichtung einer die Anonymität der Schwangeren wahrenden bundesweiten Statistik (Artikel 4 Abs. 1 Nr. 3 a 5. StrRG, Artikel 3 Nr. 2 Fünfzehntes StrÄG), die Beschränkung des Rechts zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen auf Krankenhäuser und zugelassene Einrichtungen (Artikel 3 Abs. 1 Nr. 3 a 5. StrRG, Artikel 3 Nr. 1 Fünfzehntes StrÄG) sowie das Recht der Ärzte und des ärztlichen Hilfspersonals, nicht gegen ihren Willen an Schwangerschaftsabbrüchen mitzuwirken (Artikel 2 5. StrRG).

1.6 Rechtliche Schwierigkeiten in der Praxis

Der Kommission sind von vielen Experten und von an der Realisierung der Reform beteiligten Praktikern eine Fülle von Erfahrungen mitgeteilt worden, die ein eher widersprüchliches Bild der Realität vermitteln, jedenfalls aber deutlich machen, daß eine gesetzliche Neuregelung von so großer Tragweite, wie sie die Reform des § 218 darstellt, einen längeren Zeitraum beansprucht, in dem sich eine allmähliche Anpassung an die Erfordernisse der Neuregelung und eine behutsame Umorientierung im Hinblick auf die sich aus der Reform ergebenden Konsequenzen vollziehen.

Die Kommission ist im Verlauf ihrer Gespräche mit Experten immer wieder mit rechtlichen Auslegungsfragen und daraus resultierenden Schwierigkeiten in der Praxis konfrontiert worden. Offensichtlich sind wesentliche Aspekte der Reform, die sowohl für die betroffenen Frauen als auch für die Berater und die Ärzte in der täglichen Praxis von großer Bedeutung sind, nicht ausreichend geklärt und führen deshalb vielfach zu Verunsicherung.

Für die Frauen, die aus schwerwiegenden Gründen den Abbruch ihrer Schwangerschaft anstreben, ist diese Verunsicherung häufig mit der Angst verbunden, negative Erfahrungen mit dem gesetzlich vorgeschriebenen Verfahren machen zu müssen, oder sie führt dazu, dem Verfahren von vornherein auszuweichen und ins benachbarte Ausland zu fahren.

Für die Berater können schwerwiegende Diskrepanzen zwischen ihrem bisherigen beruflichen Selbstverständnis und den Anforderungen des Gesetzes hinsichtlich der zwingend vorgeschriebenen Beratung entstehen [44]). Probleme liegen dabei einmal in der nicht mehr gegebenen Freiwilligkeit des Beratungsgesprächs, zum anderen in einem Beratungsverständnis, das die gezielte Einwirkung auf die Motivation der Frau, ihre Schwangerschaft fortzusetzen, vorschreibt.

Für die Ärzte, die nach dem Willen des Gesetzgebers den überwiegenden Anteil an der Verantwortung beim Schwangerschaftsabbruch – und zwar nicht nur in medizinischer Hinsicht – übernehmen müssen, ergibt sich aus der (möglicherweise nur vermeintlichen) Rechtsunsicherheit häufig die Tendenz, der Reform sehr zurückhaltend oder auch ablehnend gegenüberzustehen und sich nur zögernd an der Praxis zu beteiligen [45]).

Die Kommission sieht es als Teil ihres Auftrags an, im Anschluß an die Darstellung der Rechtsentwicklung und der gegenwärtigen Rechtslage auf die Probleme der gesetzlichen Neuregelung hinzuweisen, die sich im Rahmen der Sammlung und Auswertung von Erfahrungen mit der Reform als besonders gravierend und klärungsbedürftig herausgestellt haben.

Die Kommission ist jedoch kein Gremium von Rechtsexperten und sieht sich deshalb nicht in der Lage, die schwierigen Fragen rechtlicher Auslegung im einzelnen erschöpfend zu behandeln. Dies muß der juristischen Fachdiskussion überlassen bleiben.

Durch die Reform des § 218 sind sowohl das ungeborene Leben als auch die Gesundheit der Schwangeren und ihr durch ausweglose Konfliktsituation gefährdetes Persönlichkeitsrecht als schutzwürdige Rechtsgüter anerkannt, die in jedem Einzelfall gegeneinander abzuwägen sind.

1.6.1 „Rechtsanspruch" der Frau

In der öffentlichen Diskussion über den Schwangerschaftsabbruch spielt zunehmend die Frage eine Rolle, ob die unter definierten Voraussetzungen zulässige Berücksichtigung besonderer Konfliktlagen der Frau dahingehend zu interpretieren sei, daß die Zurücknahme der Strafdrohung zugleich einen Rechtsanspruch der Frau auf die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs konstituiere.

Die Kommission ist in Übereinstimmung mit den von ihr befragten Rechtsexperten [46]) zu der einhelligen Auffassung gelangt, daß **kein Rechtsanspruch auf Schwangerschaftsabbruch besteht;** gleichwohl ist aber zu betonen, daß nach dem Willen des Gesetzgebers (und in der Rechtssystematik der gesetzlichen Neuregelung begründet) ein Schwangerschaftsabbruch, bei dem im konkreten Fall eine der im Gesetz enthaltenen Indikationen vorliegt, nicht rechtswidrig und damit also **rechtmäßig** ist, wenn auch die anderen gesetzlich festgelegten Voraussetzungen erfüllt sind [47]).

Dies wird durch die Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen zur Kostenübernahme bei gegebenen Voraussetzungen bestätigt [48]), denn gesetzliche Rechtsansprüche auf soziale Leistungen sind zwingend daran gebunden, daß der Tatbestand, bei dessen Erfüllung sie gewährt werden, keine rechtlich verbotene Handlung darstellt. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß Leistungsangebote von Regelleistungen nach § 200 f RVO nur allgemein für nichtrechtswidrige Schwangerschaftsabbrüche gewährt werden und damit zwischen den einzelnen Indikationen im Hinblick auf die Leistungsgewährung nicht unterschieden werden darf.

Aus den Überlegungen über die Rechtmäßigkeit einer bestimmten Handlung und die vom Gesetz ermöglichte Inanspruchnahme bestimmter Leistungsangebote ergibt sich die Frage, ob der Staat – u. a. wegen seiner Verpflichtung zur Gesundheitsvor- und fürsorge – die Voraussetzungen zur Vornahme des Schwangerschaftsabbruchs bei gegebener Indikation schaffen muß. In den Diskussionen des Deutschen Bundestages über die vier Entwürfe zur Reform des Schwangerschaftsabbruchs wurde dazu von der Opposition geltend gemacht [49]).

> „... Mit dem Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetz wird den gesetzlich versicherten Frauen ein öffentlich-rechtlicher Anspruch auf Kassenleistung für den Schwangerschaftsabbruch eingeräumt. Daraus ergibt sich für den Staat der Zwang, dafür zu sorgen, daß die zu erwartenden Ansprüche voll befriedigt werden können. Er muß (deshalb) im Gesundheitswesen für die technisch-organisatorischen Voraussetzungen sorgen ...".

In diesem Zusammenhang ist auch auf das nach Artikel 20 GG gebotene **Sozialstaatsprinzip** hinzuweisen, das zwar ebenfalls **keinen** Rechtsanspruch auf Durchführung eines nichtrechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs begründet, dafür aber an die staatliche Sozialpolitik bestimmte Anforderungen stellt [50]).

Das Sozialstaatsprinzip verlangt staatliche Vor- und Fürsorge für einzelne oder für Gruppen der Gesellschaft, die aufgrund persönlicher Umstände oder gesellschaftlicher Benachteiligung in ihrer persönlichen und sozialen Entfaltung behindert sind [51]).

Das Sozialstaatsprinzip kann mithin staatliches Handeln rechtfertigen, das dafür Sorge trägt, den Frauen, bei denen die Voraussetzungen für einen rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruch gegeben sind, die medizinisch gebotene Versorgung anzubieten, ohne ihnen dabei die Gefährdung ihrer Gesundheit, Diskri-

[44]) Siehe hierzu weitere Ausführungen in Kapitel 4.

[45]) Weitere Gründe für die Zurückhaltung der Ärzte sind in Kapitel 5 und 6 sowie in Kapitel 10 dargestellt.

[46]) Siehe hierzu: Einleitung, Seite 10.

[47]) Vgl. H. Brox, Richter an BVG, im Rhein. Merkur vom 6. Juli 1979; s. a. Abschnitt 1.5.2.

[48]) Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetz vom 28. August 1975, § 200 f RVO.

[49]) Deutscher Bundestag, Drucksache 7/1984 (neu), Beitrag des Abg. Köster, CDU/CSU, S. 6 f.

[50]) Vgl. BVerfGE 38, 187, (197 f); 39, 316 (327).

[51]) BVefGE 35, 202 (236); 45, 376 (387).

minierung oder einen nicht gerechtfertigten Rechtsvorwurf zuzumuten.

1.6.2 Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung

Ein weiterer Hinweis auf die gebotene Bereitstellung von Möglichkeiten für den nicht-rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch ergibt sich aus dem Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigungen. Dazu heißt es zum Beispiel im Bericht des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung [52]) im Hinblick auf die im Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetz geregelten Leistungen für Maßnahmen der Familienplanung sowie bei nicht-rechtswidriger Sterilisation und bei nicht-rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch:

„... Die ärztlichen Maßnahmen nach den §§ 200 e und 200 f RVO gehören gemäß § 368 Abs. 2 Satz 3 RVO zur kassenärztlichen Versorgung. Um eine bedarfsgerechte Sicherstellung zu gewährleisten, sind die kassenärztlichen Vereinigungen durch das Gesetz verpflichtet worden, mit ärztlich geleiteten Einrichtungen, insbesondere Krankenhäuser, auf deren Verlangen Verträge über die ambulante Erbringung dieser Leistungen zu schließen" [53]).

Da jedoch das Weigerungsrecht der Ärzte und des Pflegepersonals durch den Anspruch der Schwangeren auf Leistungen der Krankenkasse nicht eingeschränkt werden kann, kann die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen beeinträchtigt sein. Die vom Gesetzgeber geschaffene Möglichkeit des Vertragsabschlusses mit ärztlichen Einrichtungen dient dem Zweck, diese Beeinträchtigung so gering wie möglich zu halten, ohne sie jedoch generell und überall ausschließen zu können.

1.6.3 Strafausschließungsgrund für die schwangere Frau

Von einigen Kritikern des Gesetzes wird besonders hervorgehoben, daß der Schwangeren im Rahmen der Neuregelung hinsichtlich der Strafdrohung eine bevorzugte Sonderstellung eingeräumt worden sei, die den Intentionen eines vorrangigen Lebensschutzes für das ungeborene Leben widerspreche, bzw. diesen Schutz praktisch nicht gewährleisten könne.

In § 218 Abs. 3, Satz 2 ist ein persönlicher Strafausschließungsgrund für die Schwangere formuliert; demnach wird die Frau von Strafe freigestellt, wenn der Schwangerschaftsabbruch nach Beratung von einem Arzt innerhalb von 22 Wochen seit Beginn der Schwangerschaft vorgenommen worden ist.

In Satz 3 wird dem Gericht darüber hinaus die Möglichkeit eröffnet, von einer Bestrafung der Schwangeren abzusehen, auch wenn weder eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch vorliegt noch die Voraussetzungen der Straffreiheit nach Satz 2 gegeben sind, dafür aber die Schwangere sich zur Zeit des Eingriffs in besonderer Bedrängnis befunden hat [54]).

Die Vorschrift des § 218 Abs. 3 ist von der Kritik sogar als **„verkappte Fristenlösung"** [55]) bezeichnet worden, ohne daß dabei die offensichtlichen Unterschiede zwischen Fristen- und Indikationenregelung berücksichtigt worden wären. Die Kommission ist dagegen zu der Überzeugung gelangt, daß der Vorwurf einer verkappten Fristenlösung nicht gerechtfertigt ist, da der in § 218 Abs. 3 formulierte persönliche Strafausschließungsgrund die Rechtswidrigkeit der Handlung nicht aufhebt, vielmehr das Verhalten der Schwangeren eindeutig rechtlich mißbilligt und die übrigen an der Straftat Beteiligten bestraft. Die Vorschrift soll jedoch insoweit dem Schutz des ungeborenen Lebens dienen, als die Entlastung von der Strafdrohung der Schwangeren den Weg zur Beratung offen halten und ihre Bereitschaft wecken soll, sich mit der – möglicherweise schon getroffenen – Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch nochmals auseinanderzusetzen und andere Lösungsmöglichkeiten in Betracht zu ziehen.

Vergegenwärtigt man sich im Zusammenhang mit diesen Überlegungen nochmals die soziale Realität vor der Reform, als eine rigorose Strafandrohung gegenüber allen Beteiligten diese nicht an der Ausführung der Straftat des Schwangerschaftsabbruchs zu hindern vermochte, so wird deutlich, daß das Gesetz mit dem Angebot der Beratung einen Ausweg aus dieser Situation aufzeigt, indem es den Weg zu einer anderen Lösung des Schwangerschaftskonflikts öffnet. Die Erfahrungen seit Inkrafttreten der Reform zeigen, daß ein Teil der Schwangeren, die zur Beratung kommen, darin bestärkt werden kann, das Kind auszutragen.

1.6.4 Die Einwilligung der Schwangeren

Eine der Voraussetzungen für die Straffreiheit des Schwangerschaftsabbruchs ist nach § 218 a Abs. 1 Satz 1 die Einwilligung der Schwangeren. Diese Vorschrift führt in der Praxis häufig zu Schwierigkeiten, wenn es sich bei der Schwangeren um eine Minderjährige handelt. Die Bundesstatistik weist aus, daß jährlich ca. 5 % bis 7 % minderjährige Frauen einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen. Der Kommission liegen zwar keine Informationen darüber vor, inwieweit in diesen Fällen die Problematik der Einwilligung Minderjähriger in den ärztlichen Eingriff eine Rolle gespielt hat. Die in Kapitel 6 ausführlicher dargestellte Umfrage bei gynäkologischen Chefärzten hat jedoch ergeben, daß sehr viele Ärzte über die derzeitige Rechtslage nicht ausreichend informiert sind und deshalb auf die Zustimmung der oder des Erziehungsberechtigten grundsätzlich nicht verzichten [56]). Aus der Umfrage geht auch hervor, daß eine Reihe von Ärzten sich ausschließlich am Willen der Erziehungsberechtigten orientiert, sogar dann noch, wenn die Minderjährige gegen den Willen ihrer Eltern die Schwangerschaft austragen will. Es braucht wohl nicht betont zu werden, daß in einem solchen Fall, außer evtl. bei strenger medizinischer Indikation, der Entschluß der Schwangeren absoluten Vorrang haben muß.

---

[52]) Bericht der Bundesregierung über Erfahrungen mit den ergänzenden Maßnahmen nach dem 5. StRG vom 28. Dezember 1978, BT-Drucksache 8/2445; s. a. Kapitel 10.

[53]) § 368 n Abs. 6 Satz 1 RVO.

[54]) Vgl. hierzu Abschnitt 1.5.2.

[55]) So z. B. der Deutsche Richterbund (DRiZ 75, S. 397, 398).

[56]) Vgl. Kapitel 6., Abschn. 6.2.2.

Der Deutsche Bundestag hat zwar die Einwilligungsproblematik im Hinblick auf den Schwangerschaftsabbruch diskutiert, der Antrag auf eine Regelung im Rahmen der Reform des § 218 wurde jedoch trotz ausdrücklicher Anerkennung der Notwendigkeit einer Regelung abgelehnt [57]). Die Ablehnung wurde damit begründet, daß die Frage der Einwilligung in ärztliche Eingriffe ganz allgemein einer umfassenden Regelung bedürfe, der durch die Regelung des Spezialfalles beim Abbruch einer Schwangerschaft nicht vorgegriffen werden solle. Übereinstimmung bestand jedoch darüber, daß bis zu einer umfassenden Neuregelung die allgemeinen Vorschriften und die dazu von der Rechtsprechung angewandten Grundsätze auch für die Einwilligung zum Schwangerschaftsabbruch gelten müssen:

Demnach kommt es für die Einwilligungsfähigkeit allein auf die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit der Schwangeren an. Einer Minderjährigen kann das höchstpersönliche Einwilligungsrecht im Sinne von § 218 a, Abs. 1 Nr. 1 ohne Rücksicht auf die Zustimmung der gesetzlichen Vertreter zustehen, wenn sie die erforderliche Reife und Urteilsfähigkeit hinsichtlich der Tragweite eines Schwangerschaftsabbruchs besitzt. Bis zum 14. Lebensjahr der Schwangeren ist dies regelmäßig zu verneinen; bis zum 16. Lebensjahr hängt die Einwilligungsfähigkeit entscheidend von der individuellen Reife ab. Vom 16. Lebensjahr an ist das Vorhandensein der geforderten Einsichts- und Urteilsfähigkeit regelmäßig zu bejahen [58]).

Sowohl im Interesse der betroffenen, minderjährigen Frauen als auch der Ärzte, die in ihrer Mehrzahl im Falle einer minderjährigen Patientin die Hinzuziehung der Erziehungsberechtigten vorziehen, um kein strafrechtliches Risiko einzugehen, ist die umfassende Regelung der Einwilligungsproblematik dringend erforderlich. Der Bundesminister der Justiz hatte diese allgemeine Regelung für die 8. Wahlperiode in Aussicht gestellt. Ein entsprechender Entwurf ist jedoch bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorgelegt worden.

1.6.5 Schwierigkeiten bei der Indikationsfeststellung

Von seiten der Ärzteschaft ist die Kommission wiederholt darauf hingewiesen worden, daß gerade im ärztlichen Bereich erhebliche Schwierigkeiten hinsichtlich des Verfahrens beim Schwangerschaftsabbruch bestehen.

So liegt die Feststellung, ob bei einer Frau, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen will, eine der im Gesetz vorgesehenen Indikationen gegeben ist, ausschließlich bei den Ärzten. Hinsichtlich der möglichen strafrechtlichen Konsequenzen bei einer vom Arzt als berechtigt anerkannten Indikation, die sich jedoch als objektiv falsch herausstellt, herrscht vielfach Unsicherheit, die die Praktizierung der Reform beeinträchtigt.

Die Kommission ist nach Prüfung der verfügbaren Unterlagen zu dem Ergebnis gekommen, daß der Arzt, der die ihm vom Gesetzgeber zugewiesene Aufgabe der Indikationsfeststellung gewissenhaft wahrnimmt, strafrechtliche Konsequenzen nicht zu befürchten hat, da er nur dann den Straftatbestand des § 219 a erfüllt, wenn er **wider besseres Wissen** eine unrichtige Festellung trifft [59]). Das heißt: dem Arzt, der nach ärztlicher Untersuchung und nach einem ausführlichen Gespräch mit der abbruchwilligen Frau zu der subjektiven Überzeugung kommt, es liege in diesem Falle eine der nach § 218 a zulässigen Indikationen vor, wird ein Handeln wider besseres Wissen im allgemeinen nicht unterstellt werden können.

Übereinstimmung herrscht jedoch darüber, daß eine Feststellung, der überhaupt keine oder nur eine sehr unzulängliche medizinische Untersuchung vorangegangen ist, regelmäßig als unrichtig einzuschätzen ist und damit strafrechtlich verfolgt werden kann [60]).

Schwierigkeiten entstehen häufig bei der Abgrenzung der Notlage-Indikation von solchen Fällen, in denen kein unzumutbarer Konflikt gegeben zu sein scheint. Der Gesetzgeber hat davon abgesehen, einen Kriterienkatalog zur genauen Tatbestandsbeschreibung aufzustellen, weil die komplexe Wirklichkeit möglicher Not- und Konfliktsituationen eine vollständige Erfassung des Tatbestandes etwa mit Regelbeispielen, unmöglich erscheinen läßt [61]).

Schwierigkeiten entstehen aber auch bei der Abgrenzung der Indikationen voneinander. Die Erfahrungen in der ärztlichen Praxis zeigen, daß gerade das Zusammenwirken medizinischer und sozialer Faktoren in einer spezifischen Konstellation es dem Arzt häufig sehr erschwert, den konkreten Fall dem Indikations-Schema gemäß § 218 a zuzuordnen.

1.6.6 Die Letztverantwortung des abbrechenden Arztes

Zentraler Kritikpunkt von seiten der Ärzte, die mit der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs befaßt sind, ist das Problem der Letztverantwortung des abbrechenden Arztes für die Rechtmäßigkeit des Eingriffs. Das Gesetz bestimmt, daß der Arzt, der die Schwangerschaft abbricht, die Verantwortung dafür trägt, daß der Eingriff nicht rechtswidrig ist, das heißt, daß er erneut prüfen muß, ob die in den §§ 218 a, 218 b und 219 StGB verlangten Voraussetzungen auch tatsächlich gegeben sind [62]). Damit ist dem abbrechenden Arzt die Pflicht auferlegt, sich seinerseits von der Rechtmäßigkeit der Indikationsfeststellung und von der Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen zum Schwangerschaftsabbruch zu überzeugen.

Die Kommission hat dazu einer Reihe von Experten die Frage gestellt, wie diese vom Gesetz geforderte Vergewisserungspflicht abzugrenzen sei, ohne den abbrechenden Arzt zu überfordern.

In den Äußerungen der Sachverständigen im Rahmen dieser Befragung und nach der in der Kommentarlite-

---

[57]) Vgl. BT-Drucksache 7/4696 vom 3. Februar 1976.

[58]) Siehe hierzu auch: Laufhütte/Wilkitzki, JZ Nr. 11/12 vom 11. Juni 1976; Schönke-Schroeder, StGB 19. Auflage 1977, Dreher, StGB 37. Auflage 1977.

[59]) Siehe Gesetzestext, Abschnitt 1.5.1.

[60]) Vgl. Urteil des BGH vo 25. August 1975, 2 StR 541/74; JZ 77, 139.

[61]) Zu den Schwierigkeiten des Arztes in der Beatung und bei der Indikationsfeststellung siehe Kapitel 4 und 5.

[62]) Gesetzestext Abschnitt 1.5.1.

ratur überwiegend vertretenen Meinung [63]) besteht Übereinstimmung darin, daß der eine Schwangerschaft abbrechende Arzt das Vorliegen einer Indikation zwar auch dann eigenverantwortlich prüfen muß, wenn in der Feststellung eine Indikation im Sinne des § 218 a bejaht wird, jedoch muß die Prüfung durch den abbrechenden Arzt nicht im gleichen Umfang efolgen wie durch den die Indikation feststellenden Arzt. Es entspricht den Intentionen des Sonderausschusses des Deutschen Bundestages für die Strafrechtsreform [64]), daß die schriftliche Indikationsfeststellung eine **wertvolle Entscheidungshilfe** für den abbrechenden Arzt sein soll, auch wenn die Feststellung für ihn nicht bindend sein kann.

Wenn mit dieser gesetzlichen Regelung demnach der Zweck verbunden ist, dem abbrechenden Arzt ein Hilfsmittel für seine eigene Beurteilung zu geben, so muß daraus gefolgert werden, daß die Vergewisserungspflicht des abbrechenden Arztes mit einer eher pauschalen Prüfung erfüllt ist, nicht jedoch in einer eingehenden, jeden Punkt der Feststellung kontrollierenden Überprüfung bestehen muß. Als ein Hilfsmittel in diesem Sinne kann man nicht etwas bezeichnen, worauf man sich überhaupt nicht verlassen darf. So wird auch in dem Bericht und Antrag des Sonderausschusses vom 3. Februar 1976 zum Fünfzehnten Strafrechtsänderungsgesetz [65]) wörtlich ausgeführt:

> „. . . daß die Feststellung den Arzt, der den Eingriff vornimmt, nicht binden. Dieser kann also trotz positiver Feststellung des anderen Arztes zum Ergebnis kommen, der Schwangerschaftsabbruch sei nicht indiziert, und umgekehrt. Wohl aber ist es der Sinn der Vorschrift, daß die schriftliche Feststellung dem mit dem Eingriff betrauten Arzt Grundlagen und Hilfen für die von ihm zu treffende abschließende Beurteilung und Entscheidung über Vornahme oder Ablehnung des Eingriffs vermitteln soll . . . . / Es / dürfen bei der Komplexität und Schwierigkeit der feststellenden und zu beurteilenden Sachverhalte die Anforderungen nicht überspannt werden . . .".

Solange die Indikationsfeststellung nicht wegen bestimmter Anhaltspunkte Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit nahe legt, muß sich der abbrechende Arzt grundsätzlich auf das Votum eines als kompetent anerkannten Arztes verlassen dürfen, und dies um so mehr, je weiter die Begründung der Indikation von seinem eigenen Fachgebiet entfernt ist.

Bei einer negativen Indikationsfeststellung [66]) muß der abbrechende Arzt allerdings eine gründliche und umfassende Prüfung vornehmen. Der Kommission liegen keine Informationen darüber vor, ob diese vom Gesetz eingeräumte Möglichkeit in der Praxis eine Rolle spielt [67]). Es ist jedoch zu vermuten, daß dies schon aus Gründen der mangelnden Information nicht der Fall ist. Zudem ist diese Regelung in sich außerordentlich widersprüchlich; während das Gesetz vorschreibt, daß Indikationsarzt und abbrechender Arzt nicht identisch sein dürfen, würde im Fall einer negativen Indikationsfeststellung die bejahende Indikation vom abbrechenden Arzt festgestellt werden. Damit wäre aber das Verbot der Identität nicht mehr einzuhalten.

Der im allgemeinen juristisch nicht fachkundige Arzt, der den Schwangerschaftsabbruch durchführen soll, ist durch die gesetzliche Regelung seiner Letztverantwortung überfordert, zumal er das Ausmaß, in dem er erneut in den Prozeß der Indikationsfindung eintreten muß, um sich nicht strafbar zu machen, kaum genau einschätzen kann.

Für die betroffene Frau erscheint es unzumutbar, die Einzelheiten ihrer Notlage in der Klinik (meist vor einem Gremium aller in der gynäkologischen Abteilung arbeitenden Assistenz-Ärzte) nochmals auszubreiten, nachdem sie dies häufig bereits vor dem Berater in der Beratungsstelle **und** vor dem Arzt, der die Indikation festgestellt hat, tun mußte. Sie findet sich oft unversehens gerade in **der** Situation des „Beurteiltwerdens", die der Gesetzgeber vermeiden wollte, als er auf Gutachterstellen verzichtete und stattdessen das Gespräch der schwangeren Frau mit dem Arzt ihres Vertrauens vorsah.

1.7 Exkurs: Die freiwillige Sterilisation

Im Zusammenhang mit den Diskussionen über die Möglichkeiten zur Reduzierung der Schwangerschaftsabbrüche ist die Notwendigkeit verstärkter Bemühungen um die Verbreitung der Familienplanung unumstritten. Die Kommission hat sich deshalb intensiv mit den Problemen der Empfängnisregelung und der immer noch viel zu hohen Zahl ungewollter Schwangerschaften befaßt [68]) und dabei auch die juristischen, medizinischen und psycho-sozialen Aspekte der Sterilisation diskutiert.

Die freiwillige Sterilisation als eine Methode, die einen hohen Grad der Sicherheit vor unerwünschten Schwangerschaften gewährleistet, sollte im Hinblick auf das Ziel, langfristig die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche zu senken, wichtiger Bestandteil einer umfassenden Konzeption von Familienplanung sein.

In Deutschland unterliegt dieser Eingriff allerdings auch heute noch einer starken Tabuisierung, die durch vielfältige Ängste – z. B. vor der Endgültigkeit dieser Entscheidung oder vor der erwarteten Beeinträchtigung der eigenen Sexualität – verstärkt wird. Auch werden Erinnerungen an den Mißbrauch der Zwangssterilisation zur Zeit des Nationalsozialismus geweckt, die ebenfalls die Ablehnung dieser Methode der Unfruchtbarmachung verstärken [69]). Zur Vermeidung solcher unerwünschter Assoziationen wird die Sterilisation heute zunehmend als **chirurgische Kontrazeption** bezeichnet [70]).

Bereits durch die Wortwahl wird darauf hingewiesen, daß mit dieser Methode ein Eingriff in die körperliche

[63]) So etwa bei Dreher StGB, 37. Auflage 1977, Rdn. 30 a § 218 a.

[64]) S. BT-Drucksache 7/4696, S. 7.

[65]) S. BT-Drucksache 7/4696, S. 11 und 12.

[66]) Vgl. dazu Kapitel 6, Abschn. 6.2.2.

[67]) In § 219 wird die schriftliche Feststellung darüber verlangt, ob die Voraussetzungen des § 218 a . . . gegeben sind.

[68]) Vgl. dazu die Darstellung der Einflußfaktoren, die das Verhütungsverhalten bestimmen, in Kapitel 8, Abschn. 8.3.

[69]) Vgl. Becker im Hamburger Ärzteblatt 1976, 53.

[70]) P. Petersen in Sexualmedizin 1/1977, 13 ff.

Unversehrtheit verbunden ist. Nach den Bestimmungen des Strafgesetzbuches aus dem Jahre 1871 über Körperverletzungen (§§ 223 ff StGB) blieb die Sterilisation dann straflos, wenn die Einwilligung des Betreffenden und ein Rechtfertigungsgrund vorlagen, z. B. wenn der Eingriff zur Abwendung von Gefahren für Leib und Leben erforderlich erschien.

Nach 1933 wurde durch das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 [71]) die „Zwangssterilisation" abschließend geregelt. Für die freiwillige Sterilisation wurde 1943 § 226 b in das Strafgesetzbuch eingefügt. Diese gesetzlichen Bestimmungen sind durch die Kontrollratsgesetzgebung nach 1945 aufgehoben worden.

Mit Wirkung vom 1. Juni 1933 wurde in das Strafgesetzbuch § 226 a eingefügt, der eine Körperverletzung, die mit Einwilligung des Verletzten vorgenommen wird, dann für rechtswidrig erklärt, wenn die Tat trotz Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt. Diese Vorschrift ist noch in der heute geltenden Fassung des Strafgesetzbuches vom 2. Januar 1975 enthalten [72]).

Nach 1945 wurde diese Bestimmung bei der Beurteilung, ob eine freiwillige Sterilisation strafbar sei, zur Entscheidung der anhängigen Strafsachen herangezogen. Demgegenüber hat der V. Strafsenat des Bundesgerichtshofs in seiner Entscheidung vom 27. Oktober 1964[73]) die Auffassung vertreten, aus der Gesetzgebungsgeschichte ergebe sich, daß die Körperverletzungstatbestände, insbesondere § 226 a StGB, auf freiwillige Sterilisation nicht anzuwenden seien. § 226 a StGB sei für freiwillige Sterilisierungen rechtlich bedeutungslos gewesen; unter einen anderen Tatbestand des Strafgesetzbuches könne die freiwillige Sterilisierung nicht subsumiert werden.

Diese Rechtsansicht ist in der Literatur auf erhebliche Kritik gestoßen [74]).

Auch die zivilrechtliche Problematik hat bisher durch die Gerichte keine abschließende Klärung erfahren. Der VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat in seiner Entscheidung vom 26. Juni 1976 [75]) ausgeführt, daß im gegenwärtigen Zeitpunkt wegen des Fehlens einer verbindlichen Regelung des Gesetzgebers die Entscheidung über die Strafbarkeit einer freiwilligen Sterilisation allenfalls nach Fallgruppen entschieden werden könne. Wer z. B. eine 34jährige Mutter von drei Kindern sterilisiere, handele nicht rechtswidrig, weil diese Sterilisation nicht an den Grundvorstellungen von dem, was nach den herrschenden Anschauungen unseres Rechts- und Kulturkreises innerhalb der Sozialgemeinschaft vom einzelnen an sittlichem Verhalten verlangt werde, widerspreche.

Als einheitliche Meinung in der Literatur und Rechtsprechung kann festgestellt werden, daß dringend eine neue gesetzliche Regelung gewünscht wird, die auch als notwendig angesehen werden muß, um Rechtsunklarheiten zu beseitigen, zumal in einer Reihe von Bundesländern das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses noch nicht aufgehoben ist.

Im Rahmen des Entwurfs des Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts hatte die Bundesregierung in der VI. Wahlperiode Vorschläge zur Regelung der Sterilisationsproblematik unterbreitet [76]). In der 7. Wahlperiode sind diese von den Fraktionen der SPD und FDP [77]) und einer Gruppe von Abgeordneten der SPD [78]) unverändert übernommen worden.

Nach den Entwürfen soll die Sterilisation bei voll einwilligungsfähigen Personen mit einem Mindestalter von 25 Jahren ohne Einschränkung zugelassen werden.

Bei jüngeren Personen (Männer oder Frauen) soll der Eingriff bei medizinischer oder bei genetischer Indikation oder nach der Geburt von mindestens vier Kindern nach vorheriger Beratung durch eine Beratungsstelle statthaft sein. [79]).

Mit Einwilligung des gesetzlichen Vertreters sowie Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, jedoch ohne eigene Einwilligung der betroffenen Frau, soll die Operation unter bestimmten Voraussetzungen durchgeführt werden dürfen, um von der Patientin „eine anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder des völligen Verfalls ihrer Gesundheit" abzuwenden (§ 226 b Abs. 4, § 226 c Abs. 2 StGB-Entwurf). Darüber hinaus ist eine Sterilisation nicht voll einwilligungsfähiger Personen nicht vorgesehen.

Im Sonderausschuß für die Strafrechtsreform ist im Verlauf der Beratung über die Reform des § 218 dann jedoch beschlossen worden, den Fragenkomplex der freiwilligen Sterilisation aus Zeitgründen abzutrennen und einer späteren gesonderten Regelung vorzubehalten. Einerseits sollte bezüglich der Reform des § 218 keine weitere Verzögerung in Kauf genommen werden, andererseits wurden vor allem von ärztlicher Seite Bedenken gegen die Vorschläge zur Sterilisation vorgebracht und neuere Untersuchungsergebnisse zu den psychischen Folgen der chirurgischen Kontrazeption vorgelegt, so daß eine erneute Diskussion der schwierigen Materie und ein Aufschub der endgültigen Entscheidung über die gesetzliche Regelung erforderlich wurden [80]).

Mit Wirkung vom 15. Dezember 1975 ist das Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetz in Kraft getreten, das den versicherten Frauen einen Anspruch auf Leistungen bei einer nicht-rechtswidrigen Sterilisation einräumt. Nach den Ergebnissen eines Berichts des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung über die Kosten dieses Gesetzes sind innerhalb eines Jahres 38 000 Sterilisationen – zum überwiegenden Anteil (95,5 %) bei Frauen – vorgenommen und bei den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet worden. Die Gesamtkosten für ärztliche Maßnahmen im Zusammenhang mit der Sterilisation beliefen sich dabei auf ca. 37 Millionen DM [81]).

Die Kommission ist der Auffassung, daß diese rechtliche Situation – einerseits die Gewährung von Leistungen der Krankenkassen bei **nicht-rechtswidrigen** Ste-

[71]) BGBl. I 1933, 529.
[72]) BGBl. I S. 1.
[73]) BGHSt 20, 81.
[74]) Vgl. z. B. Kohlhaas, NJW 1968, 1169.
[75]) NJW 1976, 1970.

[76]) BT-Drucksache VI/3434.
[77]) BT-Drucksache 7/375.
[78]) BT-Drucksache 7/443.
[79]) § 226 b Abs. 2, § 226 c Abs. 1 StGB-Entwurf.
[80]) Vgl. BT-Drucksache 7/1984 (neu).
[81]) BT-Drucksache 8/2445; vgl. dazu auch Kapitel 10.

rilisationen, andererseits das Fehlen einer eindeutigen Umschreibung und rechtlichen Regelung dessen, was unter einem nicht-rechtswidrigen Eingriff zu verstehen sei – unhaltbar ist und entscheidend mit dazu beiträgt, daß in der Bundesrepublik – im Gegensatz zu anderen Ländern – die Sterilisation als Mittel der Familienplanung relativ wenig Verbreitung findet. Damit wird das eingangs dargelegte Ziel, der Bevölkerung sichere Methoden der Empfängnisverhütung zugänglich zu machen, um die Zahl unerwünschter Schwangerschaften und deren vorzeitige Beendigung zu reduzieren, nicht unterstützt. Gerade zu einem Zeitpunkt, zu dem die Methoden der hormonalen Kontrazeption vielfach in Frage gestellt und wegen der beobachteten Nebenwirkungen abgelehnt werden, scheinen die Chancen für eine weitere Verbreitung sicherer Empfängnisverhütung eingeschränkt und die Gefahren einer mangelnden Familienplanung aufgrund weniger sicherer Methoden nicht zu unterschätzen zu sein. Die Verabschiedung der seit langem geplanten gesetzlichen Neuregelung der freiwilligen Sterilisation scheint deshalb dringend geboten.

2 Die Ausführungsbestimmungen der Länder

Da § 218 b Abs. 2 StGB sowie Artikel 3 Abs. 1 des Fünften Strafrechtsreformgesetzes nicht selbst die Voraussetzungen bestimmen, unter denen eine Beratungsstelle oder ein Arzt als Berater anzuerkennen sind bzw. eine Einrichtung zur Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs zuzulassen ist, sind hierfür landesrechtliche Normen erforderlich.

Hieraus ergibt sich, daß die Schaffung landesrechtlicher Regelungen durch verbindliche Rechtssätze nicht nur aus Gründen der Rechtsklarheit und Rechtssicherheit wünschenswert, sondern auch rechtlich notwendig ist um den Auftrag des Fünfzehnten Strafrechtsänderungsgesetzes und des Bundesverfassungsgerichts, den in Not geratenen schwangeren Frauen zu helfen, zu erfüllen. Dabei geht es insbesondere um die Sicherstellung der Beratung schwangerer Frauen und um die Sicherstellung ihrer gesundheitlichen Versorgung in Krankenhäusern und zugelassenen Einrichtungen.

2.1 Regelungsform

Nach Inkrafttreten der Reform des § 218 StGB haben zwar sämtliche Bundesländer Ausführungsbestimmungen erlassen, diese sind jedoch nach Form und Inhalt und damit auch in ihrer rechtlichen Wirkung unterschiedlich ausgestaltet.

So haben einige Bundesländer Gesetze erlassen (Bayern, Berlin, Hessen, Rheinland-Pfalz); in anderen Bundesländern sind aufgrund einer landesgesetzlichen Ermächtigungsnorm Zuständigkeitsverordnungen sowie Richtlinien ergangen (Nordrhein-Westfalen, Saarland, Schleswig-Holstein); in einigen Bundesländern bestehen lediglich Richtlinien (Baden-Württemberg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen), die in einem Fall aufgrund einer „Senatsanordnung" ergangen sind.

Danach ist festzustellen, daß die Ausführungsbestimmungen nicht in allen Bundesländern durch Rechtssatz geregelt sind. Verbindliche Rechtssätze können nur durch Gesetz und Rechtsverordnungen, die aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigungsnorm erlassen sind, aufgestellt werden. „Richtlinien", die nicht auf Gesetz oder einer Rechtsverordnung beruhen, sind keine zwingenden Rechtssätze. Es sind bloße Verwaltungsvorschriften, Dienstanweisungen für die nachgeordneten Behörden.

Zur ordnungsgemäßen Arbeit der im Rahmen der Reform des § 218 StGB mit den Aufgaben der Beratung und medizinischen Versorgung betrauten Einrichtungen bedarf es jedoch verbindlicher Rechtssätze. Sie sind auch notwendig für die Frauen, die diese Einrichtungen in Anspruch nehmen wollen. Zwar sind sie bereits durch die Regelungen in § 218 b Abs. 2 (Beratung) und in Artikel 3 Abs. 1 (Krankenhäuser und zugelassene Einrichtungen) in bestimmter Weise verpflichtet worden. Soweit aber zur Einhaltung dieser Pflichten weitere Regelungen notwendig sind, müssen diese, damit ein Anspruch besteht, ebenfalls durch Rechtssatz festgelegt sein.

2.2 Die Ausgestaltung der Ausführungsbestimmungen

Welche Behörden in den einzelnen Bundesländern für die Anerkennung von Beratungsstellen gem. § 218 b Abs. 2 Nr. 1 StGB, für die Anerkennung von Ärzten als Berater nach § 218 b Abs. 2 Nr. 2 b StGB sowie für die Zulassung von Einrichtungen zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches gem. Artikel 3 Abs. 1 des 5. Strafrechtsreformgesetzes zuständig sind geht aus Tabelle 1 hervor.

Tabelle 1

Zuständigkeit für Anerkennungen und Zulassungen in den Bundesländern

	Zuständigkeit für die Anerkennung von Beratungsstellen	Zuständigkeit für die Anerkennung von Ärzten	Zuständigkeit für die Zulassung von Einrichtungen zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs
Baden-Württemberg	Minister für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung	Minister für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung	–
Bayern	Regierungspräsidium	Regierungspräsidium	–
Berlin	Senator für Gesundheit und Umweltschutz; Körperschaften, Anstalten, Stiftungen des öffentlichen Rechts im sozialen und karitativen Bereich in eigener Zuständigkeit, sofern die Beratung zu ihren Aufgaben gehört		Senator für Gesundheit und Umweltschutz
Bremen	Senator für Gesundheit und Umweltschutz im Einvernehmen mit dem Senator für Soziales, Jugend und Sport (Beratung durch einen Ausschuß)	Senator für Gesundheit und Umweltschutz	Senator für Gesundheit und und Umweltschutz
Hamburg	Gesundheitsbehörde	Gesundheitsbehörde	Gesundheitsbehörde
Hessen	Regierungspräsident; Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts in eigener Zuständigkeit, sofern die Beratung zu ihren Aufgaben gehört	Landesärztekammer	Regierungspräsident nach Anhörung des zuständigen Gesundheitsamtes und der Landesärztekammer
Niedersachsen	Regierungspräsident/ Präsident des Verwaltungsbezirks	Ärztekammer Niedersachsen	Regierungspräsident/ Präsident des Verwaltungsbezirks mit Zustimmung des niedersächsischen Sozialministers
Nordrhein-Westfalen	Regierungspräsident; Kirchen in eigener Zuständigkeit	Regierungspräsident	Regierungspräsident
Rheinland-Pfalz	Landesamt für Jugend und Soziales	Landesärztekammer	Minister für Soziales, Gesundheit und Sport
Saarland	Minister für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung	Minister für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung	Minister für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung
Schleswig-Holstein	Sozialminister	Vorstand der Ärztekammer Schleswig-Holstein	Sozialminister

2.3 Bestimmungen über die Beratungsstellen

Nach § 218 b Abs. 2 Satz 1 müssen Beratungsstellen „von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts ..." anerkannt sein.

In allen Bundesländern sind im wesentlichen kommunale Ämter (insbesondere Gesundheitsämter), Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft, Institutionen von Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, der Landesverband „PRO FAMILIA" etc. als Beratungsstellen anerkannt.

2.3.1 Organisatorische Aspekte

In **Baden-Württemberg** müssen die Beratungsstellen einer Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts oder einem der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg angeschlossenen Spitzenverband der freien Wohlfahrtspflege oder dessen Mitgliedsorganisationen angehören.

In **Bayern** und **Rheinland-Pfalz** ist die Sicherstellung eines ausreichenden Beratungsangebotes eine öffentliche Aufgabe des Staates bezw. des Landes, der Kreise und Gemeinden. Dabei wird in Bayern die Beratung vorrangig von den Trägern der freien Wohlfahrtspflege, aber auch von den staatlichen und städtischen Gesundheitsämtern wahrgenommen. In Rheinland-Pfalz erfüllen die Kreise und Städte diese Aufgabe als Pflichtaufgabe der Selbstverwaltung im Rahmen ihrer Verpflichtung nach dem Gesetz für Jugendwohlfahrt (JWG).

Die Richtlinien von **Bremen** und **Schleswig-Holstein** schreiben lediglich vor, daß die Beratungsstelle eine natürliche oder juristische Person als Träger haben muß. Nach den Vorschriften **Hamburgs** ist nur ein Träger erforderlich, der die Verantwortung übernimmt und die Kontinuität der Arbeit der Beratungsstelle gewährleistet. In den Richtlinien von **Niedersachsen** ist eine ähnliche Regelung vorhanden. In **Nordrhein-Westfalen** und im **Saarland** (dort ausschließlich) kommen als Träger anerkennungsfähiger Beratungsstellen solche Stellen in Betracht, die sich von ihrer Aufgabenstellung her schon mit Schwangerschafts- und allgemeiner Sozialberatung befassen. Dazu gehören in Nordrhein-Westfalen in der Regel kommunale Gesundheits-, Jugend- und Sozialämter, kirchliche Träger, Verbände der freien Wohlfahrtspflege und der Landesverband der Pro Familia.

Die Vorschriften **Berlins** und **Hessens** enthalten keine allgemeinen Regelungen. Diese Länder haben jedoch ebenfalls kommunale Ämter, Stellen in kirchlicher Trägerschaft und Stellen von Verbänden der freien Wohlfahrtspflege als Beratungsstellen anerkannt [1]).

Die Verteilung der anerkannten Beratungsstellen auf die einzelnen Träger – und damit die Pluralität des Beratungsangebots – ist in den Bundesländern sehr unterschiedlich, wie aus Tabelle 2 zu ersehen ist.

Die personelle Besetzung der Beratungsstellen ist in den einzelnen Bundesländern weitgehend einheitlich geregelt. Voraussetzung für die Anerkennung ist im Regelfall die Besetzung mit einem graduierten und berufserfahrenen Sozialarbeiter/Sozialpädagogen oder einer Fachkraft mit gleichwertiger Ausbildung.

In Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein soll im Bedarfsfall auch ein Arzt oder Psychologe zur Verfügung stehen, in Baden-Württemberg, Bayern und Rheinland-Pfalz zusätzlich auch ein Jurist.

Mit Ausnahme der Länder Hamburg, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen besteht in allen Bundesländern für die Mitarbeiter der Beratungsstellen eine regelmäßige, teilweise eine mindestens einmal jährliche Fortbildungsverpflichtung [2]).

Sämtliche Bundesländer machen für die Anerkennung der Beratungsstelle das Vorhandensein geeigneter Räumlichkeiten und Einrichtungen zur Voraussetzung. Voraussetzung ist ferner die regelmäßige Öffnung der Beratungsstelle. Durch regelmäßige Sprechstunden und ständige fernmündliche Erreichbarkeit wird sichergestellt, daß die Ratsuchenden jederzeit Hilfe in Anspruch nehmen können.

---

[1]) Siehe dazu auch Kapitel 4, Abschn. 4.3.3.

[2]) Zur Fortbildung der Berater siehe auch Kapitel 4, Abschn. 4.3.4.3.

Tabelle 2

Anerkannte Beratungsstellen nach § 218b StGB nach Bundesländern und Trägern
Stand: 30. August 1979

Land	Gesamtzahl	davon					
		evang.	kath.	Pro Familia	AW	Ämter	Sonstige Träger
Baden-Württemberg	105	24	28	7	6 *)	37	3
Bayern	98	5	16	1	–	75	1
Berlin	67	17	2	2	4 2 Anträge	35	7
Bremen	7	1	2	1	–	3	–
Hamburg	41	3	4	5 2 Anträge	–	29	–
Hessen	65	19	20	12 und 4 Nebenstellen	1	8	1
Niedersachsen	198	18	22	12	6	132	8
Nordrhein-Westfalen	189	43	46	31	19	43	7
Rheinland-Pfalz	65	27	31	5	–	1	1
Saarland	18	2	3	2	2	9	–
Schleswig-Holstein	52	5	2	3	4	36	2
Gesamt	905	164	176	85	42	408	30

*) Beratungsstelle wird von AW und Pro Familia gemeinsam getragen

2.3.2 Ziele der Beratungsarbeit und Beratungsschwerpunkte

Die Vorschriften der Länder über das **Ziel der Beratung** gehen übereinstimmend vom Wortlaut des § 218 b Abs. 1 Nr. 1 StGB sowie vom Tenor des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 25. Februar 1975 aus [3]).

Gemäß § 218 b Abs. 1 Nr. 1 StGB ist die Schwangere in der Beratungsstelle über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder zu beraten, insbesondere über solche Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern.

In den Ländern **Berlin, Bremen, Hessen** und **Nordrhein-Westfalen** wird als Ziel der Beratung der Wortlaut des § 218 b Abs. 1 Nr. 1 StGB wiedergegeben.

In **Nordrhein-Westfalen** wird zusätzlich festgestellt, daß die Beratung dazu dienen soll,

> „... psychosoziale Konflikte zu erhellen und alle zu ihrer Bewältigung dienenden öffentlichen und privaten Hilfen zu ermitteln .... Ihr Ziel ist eine eigenverantwortliche Entscheidung der Schwangeren im Rahmen der gesetzlich gegebenen Möglichkeiten".

Die Notwendigkeit einer eigenverantwortlichen Entscheidung der Schwangeren betont auch **Hamburg.** Die Beratung soll dazu beitragen, das ungeborene Leben zu erhalten.

Die Bundesländer **Bayern, Baden-Württemberg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland** und **Schleswig-Holstein** betonen ausdrücklich den Schutz des ungeborenen Lebens. In den Richtlinien **Niedersachsens** wird zusätzlich formuliert:

> „Ihr Ziel ist es, einen Schwangerschaftsabbruch zu vermeiden."

Nach § 2 des rheinland-pfälzischen Gesetzes dient die soziale Beratung

> „... vorrangig dem Schutz des ungeborenen Lebens. Sie wird mit dem Ziel angeboten, die Bereitschaft der Schwangeren zur eigenverantwortlichen Annahme der Schwangerschaft zu wecken, zu stärken und zu erhalten. Sie soll der Schwangeren helfen, eine für sie bestehende Not- oder Konfliktlage zu bewältigen und eine verantwortliche Entscheidung zu treffen, die ihrer Verpflichtung gegenüber dem ungeborenen Leben und der besonderen Bedeutung eines Schwangerschaftsabbruchs gerecht wird."

Nach den Richtlinien Schleswig-Holsteins stellt der Abbruch einer Schwangerschaft

> „die äußerste Möglichkeit zur Lösung einer schwerwiegenden Notlage dar und darf nur in begründeten Ausnahmefällen durchgeführt werden. Er ist keine Methode der Geburtenregelung".

Auch das **Saarland** betont den Schutz des ungeborenen Lebens, stellt jedoch den Schutz des Lebens der Schwangeren gleichrangig daneben. Ziel der Beratung ist nach den saarländischen Richtlinien

> „... die Konfliktbewältigung der ratsuchenden Schwangeren und die Abwendung der Notsituation, die es ihr ermöglichen, eine verantwortliche Entscheidung in Achtung des Lebensrechts des Kindes zu treffen".

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die Regelung über die Ziele der Beratung – ausgehend von der Beratungsvorschrift des § 218 b Abs. 1 Nr. 1 – in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Schwerpunkte setzen.

Zusätzlich zur Formulierung der Zielsetzung enthalten die Vorschriften weitere Hinweise zur inhaltlichen Gestaltung der Beratung. Übereinstimmend ist eine umfassende, persönlich-individuelle Beratung der Schwangeren vorgesehen. Sie wird in allen Bundesländern kostenlos durchgeführt.

In den meisten Ländern wird besonders betont, daß die Beratung auf die konkrete Situation der Frau einzugehen und deren gesamte Lebensverhältnisse in persönlicher, familiärer, wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht zu berücksichtigen hat.

2.3.3 Beratung über Familienplanung

Eine Verpflichtung zur Beratung über Familienplanung ist nur in einigen Ländervorschriften enthalten.

So verlangt das Schwangerenberatungs-Gesetz in **Bayern** „die allgemeine Aufklärung über Familienplanung im Sinne einer verantwortlichen Elternschaft".

Berlin verpflichtet den Arzt, der die Schwangerschaft abbricht, oder den von ihm beauftragten Arzt, die Frau über geeignete Methoden der Familienplanung zu beraten.

In **Nordrhein-Westfalen, Hessen** und **Saarland** enthalten die Förderungsbestimmungen für Beratungsstellen eine Aufzählung der Aufgaben, die als Voraussetzung zur Förderung zu übernehmen sind. Diese Aufgaben umfassen auch die Beratung über Familienplanung.

Um das Ziel der Reform des § 218 zu erreichen, langfristig die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche zu senken, sollte Familienplanung überall als ein Schwerpunkt der Beratungsarbeit gelten. Eine besondere Förderung in **allen** Bundesländern wäre deshalb dringend notwendig.

2.3.4 Indikationsfeststellung in Beratungsstellen

Unterschiedlche Regelungen gibt es auch im Hinblick auf die ärztliche Indikationsfeststellung. Gemäß § 219 Abs. 1 ist die Indikationsfeststellung ausschließlich Aufgabe der Ärzte. Diese Aufgabe kann von **jedem** in der Bundesrepublik approbierten Arzt wahrgenommen werden, es sei denn, dies wäre ihm gemäß § 219 Abs. 2 untersagt.

In **Bayern** sind ärztliche Mitarbeiter einer Beratungsstelle im Rahmen dieser Tätigkeit nicht befugt, Indikationen zu stellen. Für die betroffene Frau bedeutet das eine Erschwerung des Verfahrensweges, weil sie gezwungen ist, noch eine weitere Stelle aufzusuchen. Auch ist zu fragen, ob nicht durch diese Vorschrift die übergeordnete gesetzliche Regelung des § 219 Abs. 1 unterlaufen wird.

Die meisten Länder verfahren ohne besondere Vorschriften, wie es sich aus § 219 Abs. 1 ergibt. **Nordrhein-Westfalen** macht die Förderung einer Beratungsstelle davon abhängig, daß ein Arzt regelmäßig mitar-

[3]) Leitsätze des Bundesverfassungsgerichts: siehe Kapitel 1, Abschn. 1.3.3.

beitet, der zur Feststellung von Indikationen bereit ist. Damit soll erreicht werden, daß

„... zeitliche Verzögerungen, die – falls der Eingriff erforderlich wird – gesundheitliche Gefährdungen mit sich bringen, ... durch den Einsatz von Arzt und Sozialberater an einer Stelle so weitgehend wie möglich vermieden werden" [4]).

2.4 Die Anerkennung von Ärzten als Berater [5])

§ 218 b Abs. 2 Nr. 2 bestimmt, daß ein Arzt als Berater im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 tätig werden kann, wenn er

a) als Mitglied einer Beratungsstelle mit der Beratung betraut ist oder

b) von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts als Berater anerkannt ist.

Die Anerkennung ist allerdings nicht zwingend vorgeschrieben, da der Arzt nach § 218 b Abs. 2 Nr. 2 c auch beraten darf, wenn er sich auf geeignete Weise über die im Einzelfall zur Verfügung stehenden Hilfen unterrichtet hat [6]).

Es kann deshalb nicht beurteilt werden, in welchem Ausmaß sich Ärzte an der Sozialberatung beteiligen, die auf eine förmliche Anerkennung als Berater verzichten [7]).

In sämtlichen Bundesländern sind für die Anerkennung von Ärzten als soziale Berater im Sinne des § 218 b Abs. 2 Nr. 2 b StGB bestimmte Mindestanforderungen festgelegt.

Eine mehrjährige Berufstätigkeit fordern Baden-Württemberg, Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein. In allen Bundesländern ist der Nachweis einschlägiger Kenntnisse auf sozialem Gebiet bzw. der Nachweis der Teilnahme an entsprechenden Informationsveranstaltungen erforderlich. Zur Fortbildung ist der beratende Arzt in allen Ländern mit Ausnahme Hessens, Nordrhein-Westfalens und Schleswig-Holsteins verpflichtet. Eine enge Zusammenarbeit mit anerkannten Beratungsstellen wird von beratenden Ärzten darüber hinaus in Bayern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Saarland erwartet.

2.5 Zugelassene Einrichtungen zur ambulanten Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs

Aus Tabelle 1 (Seite 26) ergibt sich, daß **Baden-Württemberg** und **Bayern** weder eine Zuständigkeitsbestimmung noch eine sonstige Regelung für die Zulassung von Einrichtungen zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nach Artikel 3 Abs. 1 getroffen haben. In den Ländern Baden-Württemberg und Bayern können Schwangerschaftsabbrüche daher nur in Krankenhäusern vorgenommen werden.

Das Land Baden-Württemberg vertritt hierzu folgende Auffassung: Artikel 3 Abs. 1 des Fünften Strafrechtsreformgesetzes spreche keine Verpflichtung, sondern lediglich eine Ermächtigung für die Bundesländer aus, Vorschriften über die Zulassung von Einrichtungen zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zu erlassen. Der Gesetzgeber habe die Vornahme eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs in erster Linie den Krankenhäusern zugewiesen. Im Lande Baden-Württemberg gebe es darüber hinaus für die Zulassung von Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen keinen Bedarf. Eine Bedarfsprüfung findet allerdings nicht statt, obwohl sich aus den Daten der Bundesstatistik eindeutig ergibt, daß starke regionale Unterschiede bei der Durchführung der Reform des § 218 vorhanden sind. Eine ähnliche Situation ist auch in Bayern gegeben, wo ebenfalls der Standpunkt vertreten wird, es gebe keinen Bedarf für zugelassene Einrichtungen [8]).

Aus der Bundesstatistik von 1978 ergibt sich jedoch, daß in Bayern, dem von der Fläche her größten, von der Einwohnerzahl her zweitgrößten Bundesland, ca. 50 % der dort durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche in München stattfanden; insgesamt zwei Drittel aller Abbrüche verteilen sich auf nur zwei Städte (München und Nürnberg). Daraus läßt sich der Schluß ziehen, daß eine größere Zahl von Frauen einen mehr oder weniger weiten Weg in Kauf nehmen muß, um – bei Erfüllung aller gesetzlichen Voraussetzungen – einen Arzt für den Abbruch zu finden. Viele Frauen sind zudem gezwungen, ein anderes Bundesland aufzusuchen, um ihr Ziel zu erreichen, wie der Kommission wiederholt berichtet wurde. Die Zulassung von Einrichtungen für den ambulanten Schwangerschaftsabbruch könnte in dieser Situation sicher dazu beitragen, die Schwierigkeiten der betroffenen Frauen zu mildern. Es erscheint zumindest fragwürdig, von einem nichtgegebenen Bedarf zu sprechen. Auch ist zu fragen, ob die Rechtsauffassung des Landes Baden-Württemberg der vom Gesetzgeber verfolgten Grundtendenz entspricht, die verbreitete Praxis der illegalen Schwangerschaftsabbrüche einzuschränken und in gesundheitspolitischer Hinsicht eine bessere Versorgung der betroffenen Frauen zu erreichen.

In Baden-Württemberg und Bayern sind, wie bereits dargelegt, Einrichtungen zur Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs nicht vorgesehen.

In allen anderen Bundesländern – mit Ausnahme Hamburgs – bestehen bestimmte Mindestanforderungen an derartigen Einrichtungen. In **Hamburg** besteht eine interne Regelung, nach der die zuständige Gesundheitsbehörde eine gründliche fachliche Prüfung der Einrichtung, die eine Zulassung beantragt hat, vornimmt.

In den Bundesländern **Berlin, Niedersachsen, Saarland** und **Schleswig-Holstein** muß der Arzt, der den Eingriff vornimmt, Facharzt für Frauenheilkunde sein. Lediglich einschlägige Kenntnisse in der Frauenheilkunde fordern die Bundesländer **Bremen** und **Nordrhein-Westfalen.** In **Hessen** ist bestimmt, daß die Einrichtung unter ärztlicher Leitung stehen muß. In **Rhein-**

[4]) Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen, Nr. 110 vom 18. November 1977.

[5]) Siehe dazu auch Kapitel 4, Abschn. 4.5.

[6]) Wortlaut der Vorschrift, siehe Kapitel 1, Abschn. 1.4.2.

[7]) Siehe dazu auch Kapitel 4, Abschn. 4.5.

[8]) Weitere Ausführungen zu den regionalen Unterschieden in Kapitel 3, Abschn. 3.2.2; zur Versorgung mit Einrichtungen in Kapitel 6, Abschn. 6.1.

land-Pfalz ist auf die zum Betrieb der Einrichtung erforderliche Zuverlässigkeit des Betreibers abgestellt. **Niedersachsen** verlangt zusätzlich ausdrücklich eine Zuverlässigkeitsprüfung des Arztes.

Die Bundesländer setzen für die Zulassung einer Einrichtung eine ausreichende personelle, räumliche und apparative Ausstattung voraus. Die Vorschriften sämtlicher Bundesländer – mit Ausnahme Rheinland-Pfalz – sehen vor, daß eine geeignete Assistenzkraft, ggf. auch ein Narkosearzt, beim Eingriff zur Verfügung steht.

Darüber hinaus wird in allen Bundesländern gefordert, daß eine ausreichende kontinuierliche Nachbehandlung und bei Notfällen die schnelle Überführung in ein Krankenhaus sichergestellt sind.

2.6 Die Aufsicht über Beratungsstellen, beratende Ärzte und zugelassene Einrichtungen

Es wurde festgestellt, daß alle Länder in ihren Ausführungsbestimmungen von der Rechtsgrundlage des § 218 b StGB und den vom Bundesverfassungsgericht aufgestellten Grundsätzen ausgehen.

Eine andere Frage ist jedoch, ob und wie diese Bestimmungen in der Praxis umgesetzt werden, und wie die staatliche Aufsicht über Beratungsstellen, beratende Ärzte und zugelassene Einrichtungen geregelt ist.

Die allgemeinen Dienstaufsichtsregelungen für den öffentlichen Dienst reichen dazu nicht aus, weil ein großer Teil der Beratungsstellen und sonstigen Einrichtungen entweder überhaupt nicht oder zumindest nicht unmittelbar der allgemeinen Dienstaufsicht unterworfen ist.

Besondere Überwachungsregelungen gibt es in **Hessen, Rheinland-Pfalz** (nicht für Einrichtungen für Schwangerschaftsabbrüche) und **Saarland** (nicht für Ärzte). In Hessen ist z. B. ausdrücklich bestimmt, daß die Beatungsstellen von dem Regierungspräsidenten, die beratenden Ärzte von der Landesärztekammer Hessen daraufhin überwacht werden, ob die für die Beratung geltenden gesetzlichen Bestimmungen eingehalten werden. In **Berlin** erstreckt sich die Aufsichtsregelung lediglich auf die Einrichtungen für Schwangerschaftsabbrüche. Berlin hat dafür aber zusätzlich eine jederzeitige Auskunftsverpflichtung der Beratungsstellen, der beratenden Ärzte und der Einrichtungen festgelegt. Eine derartige Verpflichtung besteht in Rheinland-Pfalz für Beratungsstellen und beratende Ärzte.

In den Bundesländern **Baden-Württemberg, Bremen Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Saarland** und **Schleswig-Holstein** besteht für Beratungsstellen eine regelmäßige/jährliche Pflicht zur Berichterstattung, in **Berlin** muß auf Anforderung des zuständigen Senators Auskunft über die Beratungsarbeit gegeben werden. In Baden-Württemberg, Bremen, Hessen, Saarland und Schleswig-Holstein besteht diese Berichtspflicht auch für beratende Ärzte. Für Einrichtungen zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen ist sie lediglich in Bremen, Saarland und Schleswig-Holstein festgelegt.

Besondere Vorschriften für den Widerruf der ausgesprochenen Anerkennungen und Zulassungen für den Fall der Nichterfüllung der auferlegten Verpflichtungen haben Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein geschaffen.

2.7 Öffentliche Förderung der Beratungsstellen

Alle Bundesländer betonen, daß die Anerkennung einer Beratungsstelle keinen Rechtsanspruch auf Förderung begründet.

In **Baden-Württemberg** erfolgt die Förderung entsprechend den allgemeinen Richtlinien zur Förderung von Beratungsstellen für Ehe-, Familien- und Lebensberatung. Der Zuschuß ist auf 30 000 DM jährlich pro 100 000 Einwohner begrenzt und muß unter den vorhandenen Beratungsstellen aufgeteilt werden.

In **Bayern** werden nur solche Beratungsstellen öffentlich gefördert, denen ein Einzugsbereich (350 000 Einwohner) zugewiesen worden ist. Diese Stellen erhalten Zuschüsse in Höhe von 80 % der Kosten, 20 % sind vom Träger aufzubringen.

Berlin hat keine gesonderte Regelung; die Finanzierung der Beratungsstellen freier Träger, denen die nötigen Eigenmittel fehlen, ist jedoch gesichert.

In **Bremen** und **Hamburg** ist die Weiterfinanzierung der bestehenden Stellen ebenfalls gesichert.

In **Hessen** werden Beratungsstellen für Familienplanung, Schwangerschaftskonflikte und Sexualerziehung gefördert, wenn sie sich an einem vorgegebenen Aufgabenkatalog orientieren. Der Zuschuß soll nach den derzeit im Entwurf vorliegenden Richtlinien, die zum 1. Januar 1980 in Kraft treten, pro Ratsuchendem in der Regel bis zu 65 DM betragen; die Gesamtzuwendung darf 75 % der notwendigerweise entstandenen Personal- und Sachkosten nicht übersteigen.

Niedersachsen hat die Förderung der Beratungsstellen durch den Erlaß von Richtlinien sichergestellt; an der Finanzierung sind die Kommunen entsprechend bestimmter Zusagen beteiligt.

Nordrhein-Westfalen fördert Beratungsstellen, die Beratung bei Schwangerschaftsproblemen und Familienplanung anbieten und bestimmte Voraussetzungen erfüllen [9]), z. B. müssen Möglichkeiten zur gynäkologischen Untersuchung und zur Indikationsfeststellung in der Beratungsstelle gegeben sein.

In **Rheinland-Pfalz** werden anerkannte Beratungsstellen gefördert, wenn sie zur Sicherstellung eines ausreichenden Angebots nach dem Grundsatz der Pluralität erforderlich sind. Landkreise und kreisfreie Städte sind zur Förderung verpflichtet, es wird jedoch nur die Schwangerschaftsberatung mit 50 % der dafür entstehenden Personalkosten gefördert.

Im **Saarland** ist eine 80%ige Förderung für vier bestimmte Beratungsstellen mit einem Einzugsbereich von jeweils 250 000 bis 300 000 Einwohnern festgelegt. 20 % der Kosten sind vom Träger aufzubringen.

In **Schleswig-Holstein** ist die Förderung der Beratungsstellen Aufgabe der Kreise und kreisfreien Städte. Das Land beteiligt sich an den Kosten im Rahmen des kommunalen Finanzausgleichs.

Die Ausgestaltung der Förderungsrichtlinien macht deutlich, daß in einigen Ländern Schwierigkeiten vor

[9]) Siehe dazu auch Abschn. 2.3.3.

allem für solche Träger auftreten, die über nur geringe Eigenmittel verfügen. Die dringend erwünschte Pluralität des Angebots ist bei weiterhin unzureichenden Finanzierungsregelungen vorerst nicht zu verwirklichen. Dies hat zur Folge, daß bestimmte Träger von Beratungsstellen, die von der Bevölkerung besonders häufig aufgesucht werden, nicht überall in der Bundesrepublik ein der starken Nachfrage entsprechendes Angebot machen können, und daß die vorhandenen Beratungsstellen dieser Träger in vielen Fällen stark überlastet sind.

Die Ausführungsbestimmungen zur Reform des § 218 StGB in den Ländern zeigen insgesamt erhebliche Unterschiede, die die Rechtswirklichkeit – wie die Erfahrungen in der Praxis zeigen – deutlich beeinflussen und dazu beitragen, daß die betroffenen Frauen je nach ihrem Wohnsitz kaum vergleichbare Bedingungen vorfinden, wenn sie einen Schwangerschaftsabbruch anstreben und sich deshalb dem gesetzlich vorgeschriebenen Verfahren unterziehen.

3 Statistische Daten

3.1 Meldepflicht der legalen Abbrüche und Meldepraxis

3.1.1 Gesetzliche Regelung

Bei der Reform des § 218 ist die statistische Erfassung aller legalen Schwangerschaftsabbrüche im Gesetz angeordnet worden. Es heißt in Artikel 4:

„Bundesstatistik

Über die unter den Voraussetzungen des § 218 a des Strafgesetzbuches vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche wird beim Statistischen Bundesamt eine Bundesstatistik geführt. Wer als Arzt einen solchen Schwangerschaftsabbruch ausgeführt hat, hat dies bis zum Ende des laufenden Kalendervierteljahres mit Angaben über

1. den Grund des Schwangerschaftsabbruchs,
2. den Familienstand und das Alter der Schwangeren sowie die Zahl der von ihr versorgten Kinder,
3. die Zahl der vorangegangenen Schwangerschaften und deren Beendigung,
4. die Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft,
5. die Art des Eingriffs und beobachtete Komplikationen,
6. den Ort der Vornahme des Eingriffs und im Fall eines Krankenhaushaufenthaltes dessen Dauer sowie
7. gegebenenfalls den fremden Staat, in dem die Schwangere ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat,

dem Statistischen Bundesamt anzuzeigen; der Name der Schwangeren darf dabei nicht angegeben werden."

Eine umfassende und gut gegliederte Statistik der Abbrüche könnte am ehesten in objektiver Weise Grundlagen für die Beurteilung der Auswirkungen des neuen Gesetzes liefern.

Im Statistischen Bundesamt ist in Zusammenarbeit mit dem BMJFG und der Sachverständigen-Kommission ein leicht ausfüllbares, ablochfähiges Zählblatt entwikkelt worden [1]).

Die Ärzteschaft erhielt etwa um die Jahresmitte 1976 Zählblätter und Rücksendeumschläge, so daß im 3. Vierteljahr die Meldungen beginnen konnten [2]).

3.1.2 Meldepraxis

Die Anlaufschwierigkeiten dieser neuartigen Statistik waren erheblich. Viele Ärzte waren nicht zur Meldung bereit, die ursprünglich mit Namen und Arztstempel erfolgen sollte. Erst im März 1977 konnte auf die Personalangaben des Arztes verzichtet werden [3]). Es bedurfte einer längeren Anlaufzeit, um das Mißtrauen gegen die Statistik abzubauen. Das Statistische Bundesamt war bemüht, durch Rundschreiben, Aufsätze und sonstige Hinweise die anfänglichen Widerstände gegen diese Statistik zu überwinden. Der Grad der Vollständigkeit der Meldungen konnte so erst allmählich gesteigert werden. Parallel zur steigenden Beteiligung an den statistischen Meldungen geht eine zuneh-

[1]) Siehe Anhangband I;
Sowohl zum Meldeformular, als auch zu den Auswertungskriterien liegen Änderungsvorschläge vor, die zu gegebener Zeit Berücksichtigung finden sollen. Sie werden im Rahmen dieses Berichts nicht im einzelnen dargestellt, sondern direkt dem Statistischen Bundesamt vorgelegt.

[2]) Die statistische Aufbereitung der Meldungen erfolgte im Statistischen Bundesamt, Wiesbaden, in zügiger Weise, so daß die Zahlen eines Vierteljahres nach ca. 8 Wochen verfügbar waren. Der ausführliche Jahresbericht für das „Rumpfjahr" 1976 wurde im Juni 1977, der für 1977 im Mai 1978, für 1978 im Juni 1979 veröffentlicht. Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 (Gesundheitswesen) Reihe 3 Schwangerschaftsabbrüche, Verlag Kohlhammer, Stuttgart und Mainz – Jahresberichte. Siehe Anhangsband.

[3]) Regelungen der Zuständigkeit für Meldungen (Urkunden) im Krankenhaus konnten mit der angeordneten Meldepflicht für den den Abbruch ausführenden Arzt kollidieren. Auch – unbegründete – Befürchtungen hinsichtlich der Wahrung der Vertraulichkeit der Meldungen wurden geäußert.

mende Inanspruchnahme der gesetzlichen Möglichkeiten einschließlich der Verlagerung von früher illegalen bzw. im Ausland durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen auf legale Abbrüche im Inland. Allerdings ist aus den steigenden Zahlen das gegenseitige Gewicht dieser beiden Einflußfaktoren noch nicht zuverlässig abschätzbar, wie aus den zeitlichen Vergleichen der nächsten Abschnitte hervorgehen wird.

3.2 Entwicklung der Zahl der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche

3.2.1 Entwicklung über die Quartale

Die ersten Zahlen liegen für das 3. Quartal 1976 vor. Sie sind wegen des schleppenden Beginns der Meldungen so deutlich unvollständig, daß sie im folgenden nur in Klammern angegeben werden und bei der Trendanalyse außer acht gelassen werden.

Tabelle 1

Gemeldete Schwangerschaftsabbrüche im Bundesgebiet nach Vierteljahren

Jahr	Quartal	gemeldete Abbrüche	Relative Zunahme	
			zum vorangehenden Quartal in %	zum gleichen Quartal des Vorjahres in %
1976	III	(3 406)	–	–
	IV	9 638	–	–
1977	I	11 587	+ 20,2	–
	II	12 743	+ 10,0	–
	III	13 811	+ 10,8	–
	IV	16 168	+ 17,1	+ 67,8
1978	I	18 498	+ 14,4	+ 59,6
	II	16 283	– 12,0	+ 27,8
	III	18 938	+ 16,3	+ 37,1
	IV	19 829	+ 4,7	+ 22,6

Die Zahlen haben bis I/78 in jedem Vierteljahr gegenüber dem vorangegangenen um 10 % bis 20 % zugenommen. Die Beurteilung des vierteljährlichen Verlaufes wird allerdings dadurch erschwert, daß die im Gesetz festgelegte zeitliche Verpflichtung zur Meldung eines Abbruchs bis zum Ende des laufenden Kalendervierteljahres nicht immer eingehalten wird. So kommen manchmal ganze Formularsendungen mit erheblicher Verspätung an, so daß sie erst im nächsten Quartal berücksichtigt werden können. Die hohen Zahlen von IV/77 und besonders von I/78 könnten durch nachgeholte Meldungen infolge der Mahnaktionen des Statistischen Bundesamtes bedingt sein. Der Rückgang in II/78 ist wohl zum Teil auf eine verringerte Zahl von Schwangerschaften infolge der Grippewelle in I/78 zurückzuführen, was auch durch den Geburtenrückgang in IV/78 bestätigt wird. Die erneute Steigerung der Abbruchzahlen in III/78 und IV/78 setzt den früheren Anstieg des Jahres 1977 fort. Eine Stabilisierung ist jedenfalls nicht zu erkennen; dies geht deutlich aus den Zunahmequoten im Jahresabstand hervor (letzte Spalte der Tabelle 1). Der Zahlenverlauf läßt – unter sonst gleichbleibenden Umständen – eine Stabilisierung unterhalb einer Quartalszahl von etwa 23 000 bis 25 000 Abbrüchen, also etwa 90 000 bis 100 000 im Jahr, nicht erwarten.

Die Zahl der Abbrüche muß zur **Zahl der ausgetragenen Schwangerschaften** in Beziehung gesetzt werden [5]).

Die gemeldeten 54 309 Abbrüche des Jahres 1977, auf 586 658 Lebend- und Totgeborene 1977 bezogen, ergeben eine Relativzahl von 92,6 Abbruchsmeldungen auf 1000 Lebend- und Totgeborene (1977). Dies entspricht angenähert einem Verhältnis von 1 : 11. Im Jahr 1978 standen 73 548 Abbrüche 579 000 Lebend- und Totgeborenen [6]) gegenüber, also 1978: 127,0 Abbruchsmeldungen auf 1000 Lebend- und Totgeborene mit einem Verhältnis von 1 : 8.

Bezieht man die Abbruchsmeldungen auf **1000 Frauen im gebärfähigen Alter** von 15 bis 44 Jahren, so erhält man die Quoten

1977: 4,12 Abbruchsmeldungen auf 1000 Frauen dieses Alters

1978: 5,58 Abbruchsmeldungen auf 1000 Frauen dieses Alters,

der die sogenannte Fruchtbarkeitsziffer von 44,5 Geborenen (1977) und 43,9 (1978) auf 1000 Frauen dieses Alters gegenübersteht. Es muß jedoch wiederum betont werden, daß diese Zahlen noch nicht als zuverlässig anzusehen sind.

3.2.2 Entwicklung in den Bundesländern

Die unterschiedliche Höhe der Zahlen in den Bundesländern ist von außerordentlicher Bedeutung für die Beurteilung der politischen, administrativen und konfessionellen Einflüsse auf die Realisierung der Gesetzesreform. Viele der später im Bericht erörterten regionalen Besonderheiten spiegeln sich in den folgenden Zahl für 1977 wider.

[4]) Vgl. hierzu die Ausführungen zur Aussagefähigkeit dieser Daten in Abschnitt 3.5.

[5]) Eine korrekte Beziehung besteht zur Zahl der ein halbes Jahr (genauer: 7 Monate) später erfolgten Geburten. Jedoch dürfte der Fehler im allgemeinen unerheblich sein, wenn man die Abbrüche auf die Geburten desselben Zeitraums bezieht (im angelsächsischen Schrifttum: abortion ratio).

[6]) Vorläufige Zahlen.

Tabelle 2

Gemeldete Schwangerschaftsabbrüche nach Bundesländern 1977

Land	insgesamt		Je 1000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahre	Je 1000 Lebend- und Totgeborene *)	Reihenfolge der Länder	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt (100)
	Anzahl	%				
Schleswig-Holstein	3 123	*5,8*	5,8	150,0	(4)	162,0
Hamburg	4 224	*7,8*	11,7	258,0	(2)	278,7
Niedersachsen	7 581	*14,0*	5,0	112,9	(5)	122,0
Bremen	900	*1,7*	5,9	103,8	(6)	112,1
Nordrhein-Westfalen	10 017	*18,4*	2,7	61,9	(8)	66,9
Hessen	8 559	*15,8*	7,2	169,8	(3)	183,4
Rheinland-Pfalz	587	*1,1*	0,7	16,6	(11)	17,9
Baden-Württemberg	8 517	*15,7*	4,3	92,0	(7)	99,4
Bayern	5 889	*10,8*	2,5	55,3	(9)	59,7
Saarland	401	*0,7*	1,7	39,5	(10)	42,7
Berlin (West)	4 511	*8,3*	11,3	267,3	(1)	288,7
Bundesgebiet	54 309	*100*	4,1	92,6		100

*) Bezogen auf Lebend- und Totgeborene 1977 nach dem Registrierort

Zur leichteren Übersicht ist die Reihenfolge der Bundesländer nach der Höhe der Relativzahlen auf 1000 Geborene hinzugefügt, ferner die relative Über- oder Unterschreitung des Bundesdurchschnitts, der gleich 100 gesetzt wurde. Die Tabelle zeigt ein starkes regionales Gefälle. Bayern, Saarland und Rheinland-Pfalz haben die niedrigsten Ziffern. Bei den Zahlen ist allerdings zu beachten, daß sie die Abbrüche nach dem Ort, an dem der Eingriff vorgenommen wurde, angeben, nicht nach dem Wohnsitz der Frau; der sogenannte „Abbruch-Tourismus" verzerrt die Zahlen in einem nicht erkennbaren Ausmaß.

Von 1977 auf 1978 sind die Abbruchsmeldungen in allen Bundesländern angestiegen; die Veränderungn sind jedoch sehr unterschiedlich (Tabelle 3).

Tabelle 3

Gemeldete Schwangerschaftsabbrüche in den Bundesländern 1977 und 1978 [7])

Land	Abbruchsmeldungen		Veränderungsquote von 1977 auf 1978 in %
	1977	1978	
Schleswig-Holstein	3 123	3 744	*+ 19,9*
Hamburg	4 224	5 234	*+ 23,9*
Niedersachsen	7 581	8 507	*+ 12,2*
Bremen	900	1 447	*+ 60,8*
Nordrhein-Westfalen	10 017	18 019	*+ 79,9*
Hessen	8 559	12 732	*+ 48,8*
Rheinland-Pfalz	587	1 008	*+ 71,7*
Baden-Württemberg	8 517	10 958	*+ 28,7*
Bayern	5 889	6 196	*+ 5,2*
Saarland	401	539	*+ 34,4*
Berlin (West)	4 511	5 164	*+ 14,5*
Bundesgebiet	54 309	73 548	*+ 35,4*

[7]) Vgl. hierzu die Ausführungen zur Aussagefähigkeit der Daten in Abschnitt 3.5.

Die Zunahme von 1977 auf 1978 ist in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Bremen und Hessen am stärksten. Eine auffallend geringe Zunahme findet sich in Bayern (+ 5,2 %). In Berlin und in Niedersachsen liegen die Zunahmequoten unter 15 %.

Das Regionalbild läßt nur bei einigen Ländern eine gewisse Tendenz zum Ausgleich der Unterschiede erkennen. So haben von den Ländern mit hohen Abbruchsquoten nach Tabelle 2 Berlin, Schleswig-Holstein und Hamburg niedrige Steigerungsquoten unter dem Bundesdurchschnitt; entsprechend zeigen Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen mit niedrigen Abbruchsquoten hohe Steigerungen. Aber Hessen und Bayern durchbrechen die Ausgleichstendenz deutlich; Hessen, das 1977 schon um 83 % über dem Bundesdurchschnitt lag, steigt 1978 auch weit über dem Bundesdurchschnitt. Bayern, mit niedrigem Ausgangsstand, hat die geringste Zunahme zu verzeichnen.

Bei Bezugnahme auf die Geburtenzahlen 1978 hat sich die Reihenfolge der Bundesländer gegenüber der in Tabelle 2 für 1977 kaum geändert; nur die Plätze 1 und 2 sowie 5 und 6 haben gewechselt. Von einer Tendenz zum Ausgleich der Unterschiede zwischen den Bundesländern kann also nicht gesprochen werden.

Ein tieferer Einblick in die Struktur der regionalen Unterschiede ergibt sich aus den Unterschieden der Länder nach Indikationsarten der Abbrüche [8]).

3.3 Vergleich mit anderen statistischen Quellen

3.3.1 Erhebung bei den gesetzlichen Krankenkassen

Die stationär durchgeführten Abbrüche, für die Ab rechnungen bei den RVO-Kassen vorgenommen wurden, sind im Bericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung zusammengestellt worden [9]). Die Zahlen müßten bei vollständigen Meldungen unter-

[7]) Vgl. hierzu die Ausführungen zur Aussagefähigkeit der Daten in Abschn. 3.5.

[8]) Siehe dazu auch Abschnitt 3.4.1.

[9]) Vgl. Kapitel 10, Abschn. 1.

halb der in der Bundesstatistik erfaßten stationär erfolgten Abbruchszahlen liegen, sind aber – wie Tabelle 4 zeigt – in den meisten Bundesländern deutlich höher, im Bundesdurchschnitt um 17,7 %.

Tabelle 4

Schwangerschaftsabbrüche 1977 nach der Bundesstatistik im Vergleich zu den Abrechnungsfällen bei den RVO-Kassen 1977

Bundesland	Bundesstatistik der Schwangerschaftsabbrüche		Bericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung Maßnahmen nach § 200f RVO		Meldungen in der Bundesstatistik auf 100 RVO-Fälle
	Abbrüche	darunter stationär durchgeführt	stationäre Schwangerschaftsabbrüche *)	RVO-Fälle auf 100 Meldungen in der Bundesstatistik	
Schleswig-Holstein	3 123	2 453	2 907	118,5	84,4
Hamburg	4 224	3 321	4 089	123,1	81,2
Niedersachsen	7 581	6 964	6 600	94,8	105,5
Bremen	900	877	1 656	188,8	53,0
Nordrhein-Westfalen	10 017	4 020	4 226	105,1	95,1
Hessen	8 559	6 469	5 442	84,1	119,0
Rheinland-Pfalz	587	582	1 211	208,1	48,1
Baden-Württemberg	8 517	7 894	8 015	101,5	98,5
Bayern	5 889	5 439	7 750	142,5	70,2
Saarland	401	389	373	95,9	104,3
Berlin (West)	4 511	4 316	6 840	158,5	63,1
Bundesgebiet	54 309	42 724	50 273 **)	117,7	85,0

*) Durch die Krankenhäuser auf Grund einer Empfehlung der Krankenhausgesellschaft freiwillig vorgenommene Kennzeichnung der Rechnungen.

**) einschließlich 1164 Fälle bei Kassen, die nicht den Bundesländern zugerechnet werden können.

Besonders deutlich ist die höhere Abbruchszahl nach den RVO-Abrechnungen in Rheinland-Pfalz, Bremen, Berlin und Bayern. In Hessen, Niedersachsen und im Saarland ist dagegen die Zahl der Bundesstatistik höher, wie es bei korrekten Meldungen auch sein müßte. Die Zahlen der letzten Spalte kann man als ersten Indikator für den Grad der Untererfassung der Meldungen in der amtlichen Statistik ansehen. Zusätzlich kämen noch die privat bezahlten Abbrüche hinzu, die in der RVO-Statistik nicht enthalten sind, so daß als Richt-Sollzahl etwa 110 bis 120 anzusetzen wäre. Bei der regionalen Verteilung ist zu beachten, daß in der RVO-Statistik die nach dem Wohnort der Patientin zuständige Kasse maßgebend ist (Kostenträger-spezifische Abrechnung), in der Bundesstatistik dagegen das Land des Abbruchsortes. In der Gegenüberstellung der Tablle 4 ist somit der „Abbruchstourismus" zum Teil berücksichtigt.

3.3.2 Geburtshilfliche Sonderstatistiken

Für Berlin liegt noch als weitere Vergleichsquelle eine geburtshilfliche Sonderstatistik [10]) vor, in der für 1977 8091 Abbrüche gemeldet wurden. In Berlin kamen also auf 100 in der Bundesstatistik erfaßte stationäre Abbrüche 59 weitere Abbrüche nach den RVO-Abrechnungen und insgesamt 79 weitere Abbrüche nach der geburtshilflichen Sonderstatisik.

Es läßt sich nicht beurteilen, in welchem Maße sich diese Feststellungen im Land Berlin auf andere Bundesländer übertragen lassen. In Hamburg und Bremen ist – ebenfalls aufgrund von Sonderstatistiken – festgestellt worden, daß 1978 nur ca. 60 bis 65 % der dort legal durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche an das Statistische Bundesamt gemeldet wurden. Immerhin stimmt die Berliner Schätzung der Erfassungslükken gut mit der oben angegebenen Defizitschätzung überein, wenn man die Berliner Zahl von 63 von Tabelle 4 auf etwa 120 hochrechnet. Im Bundesgebiet dürfte dies ein Meldedefizit von etwa 16 000 bis 22 000 stationär vorgenommenen Abbrüchen vermuten lassen, zu dem ein zahlenmäßig nicht abschätzbares Meldedefizit an ambulanten Abbrüchen hinzukommt. Jedenfalls dürfte sicher sein, daß eine erhebliche generelle Untererfassung der Abbrüche in der Bundesstatistik um mindestens 20 000 besteht.

3.3.3 Vergleich von Städten gleicher Größenordnung

Durch Gliederung der Abbruchsmeldungen nach Postleitzahlen hat das Statistische Bundesamt außerordentlich große Differenzen zwischen Großstädten etwa gleicher Größenordnung nachgewiesen. In der nachstehend wiedergegebenen Tabelle 5 sind die Abbruchsmeldungen für Großstädte mit mehr als 200 000 Einwohnern zusammengestellt.

[10]) Sturzbacher, M.: Zur Statistik der Fehlgeburten und Schwangerschaftsabbrüche in Berlin (West), Berliner Statistik, H. 3, S. 59–64 (1978).

Tabelle 5

Schwangerschaftsabbrüche in Großstädten über 200000 Einwohnern und einer ein- oder zweistelligen Postleitzahl

Großstädte	Bevölkerung 1976 in 1000	Schwangerschaftsabbrüche	
		1977	1978
Berlin	1967	4511	5164
Hamburg	1707	3042	3512
München	1311	1984	2012
Köln	1010	2077	2788
Essen	674	289	544
Düsseldorf	658	1127	2330
Frankfurt	631	1522	2937
Dortmund	628	1316	2920
Stuttgart	594	516	763
Duisburg	587	65	116
Bremen	571	559	1063
Hannover	549	1907	1848
Nürnberg	495	658	701
Wuppertal	403	98	231
Bielefeld	315	182	380
Mannheim	311	112	451
Bonn	284	685	1267
Karlsruhe	278	1282	1544
Braunschweig	267	389	416
Münster	264	109	77
Kiel	261	424	611
Wiesbaden	249	530	540
Augsburg	248	–	1
Aachen	242	147	390
Oberhausen	236	13	14
Lübeck	231	342	605
Hagen	227	40	45
Kassel	204	890	975
Saarbrücken	204	192	164

Die Unterschiede zwischen etwa gleich großen Städten – z. B. zwischen Essen und Düsseldorf oder zwischen Karlsruhe und Mannheim – sind so erheblich, daß sie wohl kaum mit der unterschiedlich starken Nachfrage von seiten der Frauen begründet werden können.

Ein erheblicher Teil der Unterschiede dürfte vielmehr real sein und auf die grundsätzliche Bereitschaft oder Ablehnung zur Durchführung von Abbrüchen zurückgehen. Dabei sind in Tabelle 5 die Abbrüche nach dem Ort, in dem der Eingriff vorgenommen wurde, gezählt, so daß die Unterschiede der Einstellung zum Abbruch verstärkt zum Ausdruck kommen. Zweifellos kommt aber zu den realen Unterschieden noch ein wesentlicher Unsicherheitsbereich bei der Meldung der Abbrüche an das Statistische Bundesamt hinzu.

In Berlin ist diese zusätzliche Grauzone für 1977 mit 79 % beziffert worden. Die Zahlen der Tabelle 5 legen die Vermutung nahe, daß in anderen Orten die Untererfassung noch höher sein könnte.

3.4 Häufigkeitsverteilung und Entwicklungstrends

Eine nähere Analyse der Zahlenverteilung der Indikationen in Verbindung mit Alter, Familienstand, familiärer Belastung nach Bundesländern und Zeitablauf gibt Aufschluß über die Anwendung des neuen Gesetzes[11]).

3.4.1 Indikationen

Im Bundesdurchschnitt 1977 und 1978 wurden folgende Begründungen für einen Schwangerschaftsabbruch angegeben:

Tabelle 6

Häufigkeitsverteilung der Indikationen im Bundesgebiet 1977 und 1978

Indikation	Anzahl		% aller Abbrüche		Veränderung von 1977 auf 1978 in %
	1977	1978	1977	1978	
allgemein-medizinische Indikation	15 756	16 872	29,0	22,9	*+ 7,1* } + 3,2
psychiatrische Indikation	4 171	3 686	7,7	5,0	*– 11,6* }
eugenische Indikation	2 348	2 731	4,3	3,7	*+ 16,3*
ethische (kriminologische) Indikation	79	104	0,1	0,1	*+ 31,6*
sonstige schwere Notlage	31 358	49 252	57,7	67,0	*+ 51,1*
unbekannt	597	903	1,1	1,3	*+ 51,3*
zusammen	54 309	73 548	100	100	*+ 35,4*

[11]) Zur Problematik der Indikationsfeststellung siehe Kapitel 5.

Die Notlage-Indikation überwiegt bei weitem. Durch die Herausstellung dieses quantitativen Schwerpunktes wird die zentrale Bedeutung dieses Problemkomplexes bei der Reform unterstrichen.
In der zeitlichen Entwicklung wird dies bestätigt: Während anfangs noch knapp die Hälfte aller Abbrüche mit der sonstigen schweren Notlage begründet wurde, waren es Ende 1978 bereits mehr als zwei Drittel. Die Vierteljahreszahlen (Tabelle 7) zeigen die Gleichmäßigkeit des Verlaufs. Kompensatorisch hierzu nimmt der relative Anteil der medizinischen Indikationsgebiete ab. Es wäre aber falsch, daraus auf einen wirklichen Rückgang zu schließen, wie die absoluten Zahlen zeigen:

Tabelle 7

Häufigkeitsentwicklung der medizinischen Indikationen nach Vierteljahren

Indikation	1976	1977				1978			
	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
	a) absolute Zahlen								
allgemein-medizinische Indikation	3 532	3 862	3 819	3 878	4 197	4 305	3 925	4 338	4 304
psychiatrische Indikation	1 002	1 155	1 007	1 004	1 005	1 022	856	862	946
eugenische Indikation	474	567	525	620	636	619	556	777	779
zusammen	5 008	5 584	5 351	5 502	5 838	5 946	5 337	5 977	6 029
	b) Prozentzahlen (% aller Abbrüche)								
allgemein-medizinische Indikation	*36,6*	*33,3*	*30,0*	*28,1*	*26,0*	*23,3*	*24,1*	*22,9*	*21,7*
psychiatrische Indikation	*10,4*	*10,0*	*7,9*	*7,3*	*6,2*	*5,5*	*5,3*	*4,6*	*4,8*
eugenische Indikation	*4,9*	*4,9*	*4,1*	*4,5*	*3,9*	*3,3*	*3,4*	*4,1*	*3,9*

Die absoluten Zahlen sind bei der psychiatrischen Indikation etwa konstant und steigen bei der allgemein-medizinischen und der eugenischen Indikation mäßig an. Vor der Reform des § 218 konnten Abbrüche aus medizinischer Indikation bei den Ärztekammern beantragt werden. 1975 wurden 21 231 Anträge gestellt, von denen 19 076 genehmigt wurden [12]). Dies ist dieselbe Größenordnung wie nach der Reform, als 19 927 Abbrüche im Jahr 1977 aus allgemein-medizinischer und psychiatrischer Indikation erfolgten. Diese Übereinstimmung kann jedoch nicht so gedeutet werden, als habe die Reform für die medizinischen Indikationen bei den Schwangeren keine wesentlichen Änderungen gebracht; die regionale Gliederung im nächsten Abschnitt wird sehr unterschiedliche Trends aufzeigen, die sich im Bundesgebiet nur zufällig gerade ausgeglichen haben.
Der zeitliche Trend der Zunahme der Abbruchsmeldungen geht weit überwiegend auf das Konto der Indikation „sonstige schwere Notlage" (Tabelle 8). Im Gesamtverlauf flacht sich der Zunahmetrend deutlich ab.

Tabelle 8

Häufigkeitsentwicklung der Notlage-Indikation nach Vierteljahren

	1976	1977				1978			
	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Notlage-Indikation	4 492	5 854	7 234	8 112	10 158	12 351	10 679	12 684	13 538
% aller Abbrüche	*46,6*	*50,5*	*56,8*	*58,7*	*62,8*	*66,8*	*65,6*	*67,0*	*68,3*
Zunahme gegenüber dem vorangegangenen Quartal in %		*+ 30,2*	*+ 23,6*	*+ 12,1*	*+ 25,2*	*+ 21,6*	*– 13,5*	*+ 18,8*	*+ 6,7*
Zunahme gegenüber dem gleichen Quartal des Vorjahres in %					*+ 116,1*	*+ 111,0*	*+ 47,6*	*+ 56,4*	*+ 33,3*

Die Verteilung der Indikationen ist in den Bundesländern sehr verschieden. Wegen der Bedeutung gerade dieser Zahlen werden in Tabelle 9 sowohl die absoluten Zahlen als auch die prozentuale Verteilung und die Verhältniszahlen auf 10 000 Lebend- und Totgeborene für 1977 angegeben.
Die wichtigsten Zahlen sind die der dritten Gruppe, die auf 10 000 Lebend- und Totgeborene bezogen sind. Die üblicherweise besonders beachteten Prozentzahlen führen wegen ihrer kompensatorischen gegensinnigen Verknüpfung leicht zu Fehldeutungen. So hat man bei der Betrachtung der Prozentzahlen den Eindruck, daß z. B. Rheinland-Pfalz besonders viele

[12]) U. Wolff: Schwangerschaftsabbruch: Sorgenkind deutscher Sozialpolitik; Der Deutsche Arzt, Nr. 18, S. 42 (1977).

Abbrüche aus allgemein-medizinischer Indikation hat (47,5 %). Dies beruht aber nur als rechnerischer Kompensationseffekt auf der besonders niedrigen Zahl von Notlage-Indikationen. Bei Beziehung auf die Geburtenzahlen erkennt man, daß Rheinland-Pfalz auch die geringste Zahl allgemein-medizinischer Indikationen aufweist.

Zur leichteren Übersicht sind in diesem Teil der Tabelle 9 für die einzelnen Indikationsgebiete die Reihenfolgezahlen der Länder in Klammern hinzugefügt.

Tabelle 9

Abbruchsmeldungen 1977 nach Indikationen und Bundesländern

Land	insgesamt	allgem. medizin. Indikation	psychiatrische Indikation	eugenische Indikation	ethische (kriminol.) Indikation	sonstige schwere Notlage	unbekannt
				1. Anzahl			
Schleswig-Holstein	3 123	1 301	271	151	5	1 369	26
Hamburg	4 224	1 408	283	163	4	2 334	32
Niedersachsen	7 581	2 916	502	307	8	3 664	184
Bremen	900	248	46	52	2	539	13
Nordrhein-Westfalen	10 017	1 859	1 143	433	19	6 478	85
Hessen	8 559	2 302	315	250	6	5 621	65
Rheinland-Pfalz	587	279	27	59	1	220	1
Baden-Württemberg	8 517	2 522	680	409	19	4 811	76
Bayern	5 889	2 004	515	436	14	2 849	71
Saarland	401	147	54	51	–	149	–
Berlin (West)	4 511	770	335	37	1	3 324	44
Bundesgebiet	54 309	15 756	4 171	2 348	79	31 358	597
				2. in % aller Abbruchmeldungen			
Schleswig-Holstein	*100*	*41,7*	*8,7*	*4,8*	*0,2*	*43,8*	*0,8*
Hamburg	*100*	*33,3*	*6,7*	*3,9*	*0,1*	*55,3*	*0,8*
Niedersachsen	*100*	*38,5*	*6,6*	*4,0*	*0,1*	*48,3*	*2,4*
Bremen	*100*	*27,6*	*5,1*	*5,8*	*0,2*	*59,9*	*1,4*
Nordrhein-Westfalen	*100*	*18,6*	*11,4*	*4,3*	*0,2*	*64,7*	*0,8*
Hessen	*100*	*26,9*	*3,7*	*2,9*	*0,1*	*65,7*	*0,8*
Rheinland-Pfalz	*100*	*47,5*	*4,6*	*10,1*	*0,2*	*37,5*	*0,2*
Baden-Württemberg	*100*	*29,6*	*8,0*	*4,8*	*0,2*	*56,5*	*0,9*
Bayern	*100*	*34,0*	*8,7*	*7,4*	*0,2*	*48,4*	*1,2*
Saarland	*100*	*36,7*	*13,5*	*12,7*	–	*37,2*	–
Berlin (West)	*100*	*17,1*	*7,4*	*0,8*	*0,0*	*73,7*	*1,0*
Bundesgebiet	*100*	*29,0*	*7,7*	*4,3*	*0,1*	*57,7*	*1,1*
				3. auf 10 000 Lebend- und Totgeborene			
Schleswig-Holstein	1 499,8 (4)	624,8 (2)	130,1 (3)	72,5 (2)	2,4	657,4 (4)	
Hamburg	2 580,0 (2)	860,0 (1)	172,9 (2)	99,6 (1)	2,4	1 425,6 (2)	
Niedersachsen	1 129,3 (5)	434,4 (5)	74,8 (4)	45,7 (6)	1,2	545,8 (6)	
Bremen	1 037,9 (6)	286,0 (6)	53,1 (9)	60,0 (3)	2,3	621,6 (5)	
Nordrhein-Westfalen	619,2 (8)	114,9 (10)	70,7 (6)	26,8 (9)	1,2	400,4 (8)	
Hessen	1 697,7 (3)	456,6 (3)	62,5 (7)	49,6 (5)	1,2	1 114,9 (3)	
Rheinland-Pfalz	166,1 (11)	78,9 (11)	7,6 (11)	16,7 (11)	0,3	62,3 (11)	
Baden-Württemberg	920,0 (7)	272,4 (7)	73,4 (5)	44,2 (7)	2,1	519,7 (7)	
Bayern	552,8 (9)	188,1 (8)	48,3 (10)	40,9 (8)	1,3	267,4 (9)	
Saarland	395,1 (10)	144,8 (9)	53,2 (8)	50,3 (4)	–	146,8 (10)	
Berlin (West)	2 672,6 (1)	456,2 (4)	198,5 (1)	21,9 (10)	0,6	1 969,3 (1)	
Bundesgebiet	925,7	268,6	71,1	40,0	1,3	534,5	

( ) Reihenfolge der Bundesländer

Die bemerkenswerteste Erkenntnis aus Tabelle 9 besteht darin, daß die Bundesländer in ihrer allgemeinen gegenseitigen Abstufung sich bei den einzelnen Indikationsgebieten ähnlich verhalten. So steht z. B. Hamburg bei jeder Indikation an 1. oder 2. Stelle, Niedersachsen an 4., 5. oder 6. Stelle, Rheinland-Pfalz stets an 11. Stelle. Obwohl sich die Notlage-Indikation zahlenmäßig in jeder Hinsicht, sowohl im zeitlichen Trend als auch in den Länderunterschieden als auch bei den später noch zu besprechenden Einflußfaktoren als das zentrale Problem erweist, sind die medizinischen Indikationsgebiete doch auch – wenn auch erheblich abgeschwächt – gleichsinnig von denselben Einflußfaktoren betroffen, die für die regionalen Unterschiede der Notlage-Indikation verantwortlich sind.

Von dieser allgemeinen Abstufung weichen einige Länder bei einzelnen Indikationen ab: In Berlin ist die eugenische Indikation auffallend selten. In Nordrhein-Westfalen ist das Verhältnis zwischen allgemeinmedizinischer und psychiatrischer Indikation, das sonst etwa 4 : 1 ist, auf etwa 1,5 : 1 verschoben.

Die Unterschiedsspanne zwischen den höchsten und den niedrigsten Zahlen beträgt

bei den Abbrüchen insgesamt	16 : 1
bei der allgemein-medizin. Indikation	11 : 1
bei der psychiatrischen Indikation	26 : 1
bei der eugenischen Indikation	6 : 1
bei der Notlage-Indikation	31 : 1

Diese Abstufung dürfte für die Problematik der einzelnen Indikationsgebiete kennzeichnend sein. Offenbar gibt es erheblich unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich der psychiatrischen Indikation, die diesen Fragenkomplex fast so divergent erscheinen lassen wie bei der sozialen Indikation. Ein kompensatorischer Ausgleich der psychiatrischen Indikation zu anderen ist zahlenmäßig nicht zu erkennen. Faßt man allgemein-medizinische und psychiatrische Indikation zusammen, so steht Hamburg mit 1033 auf 10 000 Geborene an der Spitze, Rheinland-Pfalz mit 86,5 an letzter Stelle. Die Unterschiedsspanne 12 : 1 zeigt, daß auch innerhalb der medizinischen Gebiete keine Kompensation besteht.

Zum Vergleich seien für 1975 die von den Ärztekammern genehmigten Abbrüche aus medizinischer Indikation in ihrer regionalen Verteilung angeführt.

Tabelle 10

Abbrüche aus medizinischer Indikation 1977 im Vergleich zu den von den Ärztekammern 1975 genehmigten Anträgen nach Bundesländern

Bundesland	genehmigte Anträge 1975	auf 1000 Lebend- und Totgeborene 1975	Abbrüche aus allgemein-medizinischer und psychiatrischer Indikation 1977 auf 1000 Lebend- und Totgeborene	Veränderungen 1977 zu 1975 in %
Schleswig-Holstein	1 631	66,7	75,5	+ *13,2*
Hamburg	2 321	174,7	103,3	– *40,9*
Niedersachsen	3 277	45,2	50,9	+ *12,6*
Bremen	156	24,0	33,9	+ *41,3*
Nordrhein-Westfalen	1 378	8,3	18,6	+ *114,1*
Hessen *)	2 239 *)	41,8 *)	45,7 *)	+ *9,3*
Rheinland-Pfalz	158	4,6	8,7	+ *89,1*
Baden-Württemberg	2 082	21,3	34,6	+ *62,4*
Bayern	1 301	11,9	23,6	+ *98,3*
Saarland	77	8,0	19,8	+ *147,5*
Berlin (West)	4 456	249,6	65,5	– *73,7*
Bundesgebiet	19 076 *)	31,4	32,3	+ *2,9*

*) ohne psychiatrische Indikation in Hessen

In der regionalen Verteilung sind bemerkenswerte Unterschiede zwischen den medizinischen Indikationen 1977 gegenüber den entsprechenden Quoten vor der Reform vorhanden. In Berlin machen die medizinischen Indikationen 1977 nur ein Viertel der 1975 genehmigten Anträge aus, in Hamburg etwa 60 %. In Berlin und z. T. in Hamburg sind offenbar viele der 1975 medizinisch begründeten Anträge nach der Reform – ehrlich – als Notlage-Indikationen behandelt worden. In anderen Bundesländern sind die Zahlen 1975 und 1977 ähnlich (Hessen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein). Dagegen sind sie in Nordrhein-Westfalen und in den süd- und südwestdeutschen Ländern 1977 erheblich höher, z. T. mehr als doppelt so hoch wie 1975. Dort hat die Gesetzesreform offenbar auch die Stellung einer medizinischen Indikation erleichtert.

3.4.2 Alter und Familienstand

Alter und Familienstand sind so eng miteinander verbunden, daß man beide persönlichen Merkmale gemeinsam behandeln muß. Auch hier besteht das methodische Problem, daß Prozentzahlen leicht irreführen können.

Wenn z. B. der Anteil der Abbrüche bei Ledigen mit steigendem Alter geringer wird, so hängt das sicher mit der altersmäßig abnehmenden Zahl der Ledigen zusammen; ob aber die Tendenz, eine Schwangerschaft durch Abbruch zu beenden, bei älteren Ledigen gegenüber jüngeren geringer oder größer wird, ist aus der prozentualen Aufteilung nicht zu erkennen. Es ist deshalb auch hier notwendig, die Abbruchszahlen auf die Zahl der von den entsprechenden Frauengruppen geborenen Kinder zu beziehen [13]). Hierzu stehen Zahlen aus der allgemeinen Bevölkerungsstatistik 1977, gegliedert nach Alter, Familienstand und bisheriger Kinderzahl der Mütter für den Bund und die Länder zur Verfügung.

Zur Verständnishilfe sei hervorgehoben:

Die **prozentualen Aufteilungen** geben die relative Bedeutung der einzelnen Frauengruppen an der Gesamtheit der Abbrüche an; sie spiegeln wider, mit welchen Frauengruppen die Berater und Ärzte mehr und mit welchen weniger zu tun haben.

Die **Verhältniszahlen der Abbrüche auf 1000 Geborene** spiegeln dagegen die Intensität der gesundheits- und familienbezogenen Problematik wider, die die Frauen der jeweiligen Gruppen im Falle einer Schwangerschaft erleben.

Tabelle 11

Abbruchsmeldungen 1977 und 1978 nach Alter und Familienstand (Bundesgebiet)

	Anzahl		% aller Abbrüche		Zunahme von 1977 auf 1978 in %
	1977	1978	1977	1978	
a) Alter					
unter 15 Jahre	100	146	0,2	0,2	+ 46,0
15 bis 19 Jahre	5 881	9 263	10,8	12,6	+ 57,5
20 bis 24 Jahre	10 013	15 012	18,4	20,4	+ 49,9
25 bis 29 Jahre	11 700	16 091	21,5	21,9	+ 37,5
30 bis 34 Jahre	9 975	13 222	18,4	18,0	+ 32,6
35 bis 39 Jahre	9 978	11 749	18,4	16,0	+ 17,7
40 bis 44 Jahre	4 906	6 181	9,0	8,4	+ 26,0
45 Jahre und darübe	585	732	1,1	1,0	+ 25,1
zusammen einschließlich unbekannt	54 309	73 548	100	100	+ 35,4
b) Familienstand					
ledig	15 545	24 490	28,6	33,3	+ 57,5
verheiratet	32 140	42 620	59,2	57,9	+ 32,6
verwitwet	489	525	0,9	0,7	+ 7,4
geschieden	4 033	4 664	7,4	6,3	+ 15,6
zusammen einschließlich unbekannt	54 309	73 548	100	100	+ 35,4

Die meisten Abbrüche werden in der Altersklasse von 25 bis 29 Jahren vorgenommen. In der zeitlichen Entwicklung ist die Zunahme bei den Jüngeren stärker als bei den Älteren. Nach dem Familienstand liegen die Verheirateten mit knapp 60 % an der Spitze. Bei Ledigen findet ein Drittel der Abbrüche statt; ihr Anteil ist in deutlichem Anstieg begriffen.

In der **Tabelle 12** sind die Abbruchsmeldungen 1977 und 1978 in der Kombination von Alter und Familienstand der Frauen angegeben. Teil 12 a zeigt – am Beispiel 1977 –, daß die zahlenmäßigen Schwerpunkte bei den älteren verheirateten Frauen liegen. Demgegenüber tritt der andere Schwerpunkt bei den jüngeren Ledigen 1977 deutlich zurück; Teil 12 b zeigt, wie mit zunehmendem Alter sich die Gewichte von den Ledigen auf die Verheirateten verschieben und daß vom Alter 30 ab die Geschiedenen häufiger werden als die Ledigen.

Der für die Abbruchsproblematik wichtigste Teil c zeigt die Abbruchsquoten (abortion ratio) auf 1000 Geborene in der doppelten Abhängigkeit von Alter und Familienstand. 1977 kamen bei den jüngsten Verheirateten (unter 20 Jahren) 16 Aborte auf 1000 ausgetragene Schwangerschaften; im Alter von 20 bis 24 Jahren waren es 22. Die sehr niedrigen Abortziffern kennzeichnen deutlich den Willen zum Kind in diesen jungen Ehen. Vielfach wird die Ehe ja auch erst nach Eintritt einer Schwangerschaft geschlossen und ein Schwangerschaftsabbruch gar nicht erwogen. Durchgeführte Abbrüche gehen auf das Konto der Ledigen.

[13]) Vgl. Tabelle 12.

Mit zunehmendem Alter steigt die Abortziffer der Verheirateten stark an. Im Alter 35 bis 39 Jahre kommen auf 1000 Geborene 190 Abbrüche, bei den noch Älteren 428. Im Durchschnitt aller Verheirateten sind es 59 Abbrüche auf 1000 Geborene.

Bei den nicht verheirateten Frauen sind die Abbruchsziffern gegenüber den ausgetragenen Schwangerschaften um ein Vielfaches höher als bei den Verheirateten [14]).

Tabelle 12

Abbruchsmeldungen 1977 und 1978 nach Alter und Familienstand gemeinsam

a) Abbruchsmeldungen

Alter	1977				1978				Zunahme von 1977 auf 1978 in %			
	ledig	verheir.	verw.	gesch.	ledig	verheir.	verw.	gesch.	ledig	verheir.	verw.	gesch.
unter 15 Jahre	99	–	–	–	141	2	–	–	+ 42,0	.	.	.
15 bis 19 Jahre	5 283	483	4	24	8 460	646	1	19	+ 60,1	+ 33,7	.	.
20 bis 24 Jahre	5 782	3 591	34	438	9 164	5 116	28	472	+ 58,5	+ 42,5	.	+ 7,8
25 bis 29 Jahre	2 805	7 416	71	1 186	4 260	10 210	53	1 268	+ 51,9	+ 37,7	+ 25,4	+ 6,9
30 bis 34 Jahre	893	7 765	83	1 043	1 381	10 220	94	1 130	+ 54,6	+ 28,8	+ 14,2	+ 27,6
35 bis 39 Jahre	482	8 187	176	961	612	9 750	183	1 010	+ 27,0	+ 19,1	+ 4,0	+ 5,1
40 und mehr J.	201	4 698	121	381	223	5 934	158	467	+ 10,4	+ 26,3	+ 30,6	+ 22,6
zusammen *)	15 545	32 140	489	4 033	24 490	42 620	525	4 664	+ 57,5	+ 32,6	+ 7,4	+ 15,6

b) Relative Verteilung der Abbruchsmeldungen 1977

Alter	Abbrüche nach Familienstand in jeder Altersklasse					Abbrüche nach dem Alter in jedem Familienstand				
	ledig	verheir.	verw.	gesch.	zus.*)	ledig	verheir.	verw.	gesch.	zus.*)
unter 15 Jahre	99,0	–	–	–	100	0,7	–	–	–	0,2
15 bis 19 Jahre	89,8	8,2	0,1	0,4	100	33,2	1,5	0,8	0,6	10,8
20 bis 24 Jahre	57,5	35,9	0,3	4,4	100	37,2	11,2	7,0	10,9	18,4
25 bis 29 Jahre	24,0	63,4	0,6	10,1	100	18,0	23,1	14,5	29,4	21,5
30 bis 34 Jahre	9,0	77,8	0,8	10,5	100	5,7	24,2	17,0	25,9	18,4
35 bis 39 Jahre	4,5	82,1	1,8	9,6	100	3,1	25,5	36,0	23,8	18,4
40 und mehr J.	3,7	85,6	2,2	6,9	100	1,3	14,6	24,7	9,4	10,1
zusammen *)	28,6	59,2	0,9	7,4	100	100	100	100	100	100

c) Abbrüche auf 1000 Geborene 1977 in jeder Alters- und Familienstandsklasse

Altersklasse	1977 Abbruchsquoten			1978 Abbruchsquoten		
	verheiratet	nicht verheiratet	zusammen	verheiratet	nicht verheiratet	zusammen
bis 19 Jahre	16,5	426,7	142,7	22,2	680,2	224,5
20 bis 24 Jahre	21,9	487,0	56,7	31,3	752,5	85,0
25 bis 29 Jahre	36,2	625,1	55,4	49,9	858,9	76,2
30 bis 34 Jahre	80,4	647,1	100,1	105,9	899,0	132,7
35 bis 39 Jahre	190,3	761,9	221,0	226,6	849,4	260,2
40 und mehr J.	427,8	919,0	467,5	540,4	1 108,5	588,5
zusammen	58,6	527,7	92,6	77,8	780,5	125,5

*) Einschließlich unbekannt.

Bei den unter 20jährigen Ledigen kommen 427 Abbrüche auf 1000 Geborene. Mit zunehmendem Alter erhöhen sich die Ziffern weiter und steigen bis auf 919 Abbrüche auf 1000 Geborene bei den 40jährigen und älteren Nichtverheirateten, unter denen in diesem

[14]) Für ledige, verwitwete und geschiedene Mütter liegen in der Geburtenstatistik keine getrennten Angaben vor; es werden nur eheliche und nicht-eheliche Kinder unterschieden. Die Definitionsunterschiede gegenüber der Abbruchsstatistik können vernachlässigt werden.

Alter die Geschiedenen überwiegen. Bei den Nichtverheirateten insgesamt beträgt die durchschnittliche Abbruchquote etwa das Zehnfache der Quote bei den Verheirateten (781 : 78).

Bemerkenswert ist der außerordentlich steile Anstieg mit dem Alter bei den Verheirateten, während bei den Nichtverheirateten von den Jüngsten bis zu den Ältesten nur eine Zunahme auf etwa das Doppelte vorliegt. Das Alter und die damit verknüpften Schwangerschaftsprobleme spielen also bei Nichtverheirateten nur eine relativ geringe Rolle; die Problematik ist auch bei den Jugendlichen schon voll ausgeprägt. Auch mangelhafte Kontrazeption dürfte dabei wesentlich sein.

Bei der Altersentwicklung insgesamt ohne Gliederung nach dem Familienstand finden sich im jungen Alter unter 20 Jahren hohe Abbruchszahlen; das Minimum liegt im dritten Lebensjahrzehnt; dann erfolgt eine Steigerung bis zum Achtfachen des Minimums.

Die auf die Geborenen bezogenen Abbruchsquoten nach Alter und Familienstand waren bisher nicht bekannt. Sie zeigen schlaglichtartig die Schwerpunkte der Abbruchsproblematik. Bei den Verheirateten spielt das Alter – und damit der schlechter werdende Gesundheitszustand und die Kinderzahl – eine sehr große Rolle; die Abbruchsziffern steigen mit dem Alter auf das Fünfundzwanzigfache.

Bei den nichtverheirateten Schwangeren bis zum Alter von 30 Jahren, die bis dahin weit überwiegend ledig sind, ist besonders hervorzuheben, daß bei ihnen die Abbruchsziffer 20- bis 25mal so hoch ist wie bei den gleichaltrigen Verheirateten. Für kinderlose Ledige sind damit Eheschließung und Abbruch alternative Strategien zur Vermeidung nicht-ehelicher Mutterschaft [15]).

Die Abbruchszahlen von 1978 bestätigen – auf höherem Zahlenniveau – die für 1977 durchgeführten Analysen. Allerdings fehlen für 1978 noch die Bezugszahlen der Geburtenstatistik, so daß provisorisch ein Bezug auf die Geburtenzahlen 1977 vorgenommen wurde; eine später durchzuführende Berichtigung dürfte nicht viel ändern.

Eine Vertiefung der Information ergibt sich aus der Hinzunahme der Begründung des Abbruchs in diese Analyse nach Alter und Familienstand. Der Übersichtlichkeit halber sollen die allgemein-medizinische, die eugenische und die Notlage-Indikation behandelt werden. Da hierbei einige Teilzahlen für ein einzelnes Jahr für Vergleiche zu klein werden, wurden die Abbruchsmeldungen von 1977 und 1978 zusammengefaßt (Tabelle 13).

Tabelle 13

Abbruchsmeldungen 1977/78 nach Alter und Familienstand für 3 Indikationen

Alter	Anzahl		auf 1 000 Geborene 1977 je Jahr jeder Alters- und Familienstandsklasse	
	Verheiratete	nicht Verheiratete	Verheiratete	nicht Verheiratete
	a) Abbrüche 1977/78 mit allgemein-medizinischer Indikation			
bis 19 Jahre	224	1 847	3,8	72,8
20 bis 24 Jahre	2 015	2 375	6,2	92,5
25 bis 29 Jahre	4 577	1 658	11,2	127,6
30 bis 34 Jahre	5 524	965	28,6	154,6
35 bis 39 Jahre	6 402	781	74,4	183,8
40 und mehr Jahre	4 520	441	205,8	288,2
zusammen *)	23 798	8 239	21,7	108,3
	b) Abbrüche 1977/78 mit eugenischer Indikation			
bis 19 Jahre	40	275	0,7	10,8
20 bis 24 Jahre	451	481	1,4	18,7
25 bis 29 Jahre	947	254	2,3	19,5
30 bis 34 Jahre	925	119	4,8	19,1
35 und 39 Jahre	733	60	8,5	14,1
40 und mehr Jahre	560	52	25,5	34,0
zusammen *)	3 730	1 270	3,4	16,7
	c) Abbrüche 1977/78 wegen sonstiger schwerer Notlage			
bis 19 Jahre	797	10 888	13,6	429,4
20 bis 24 Jahre	5 749	11 917	17,6	464,0
25 bis 29 Jahre	10 934	6 964	26,7	535,9
30 bis 34 Jahre	10 225	3 307	53,0	530,0
35 bis 39 Jahre	9 357	2 275	108,7	535,3
40 und mehr Jahre	4 768	928	217,1	606,5
zusammen *)	42 542	36 745	38,8	483,1

[15]) Vgl. R. Münz, J. M. Pelikan: Geburt oder Abtreibung, 1978, S. 141.
*) Einschließlich unbekannt.

Daraus geht zunächst hervor, daß die allgemein-medizinische Indikation bei nicht verheirateten Schwangeren sehr viel häufiger gestellt wird als bei Verheirateten. Das gilt vor allem für die jüngsten Arbeiterklassen, in denen das Verhältnis fast 20 : 1 beträgt [16]). Dann nähern sich die Ziffern allmählich gegenseitig an; ih der Altersklasse 35 bis 39 Jahre ist das Verhältnis 2,5 : 1, bei den über 40jährigen nur 1,4 : 1.

Bei den Abbrüchen aus Notlage-Indikation ist der Altersanstieg bei den Verheirateten sehr stark ausgeprägt. Dies wird sich noch deutlicher bei Hinzunahme der Kinderzahl in die Analyse zeigen. Bei den Nichtverheirateten besteht dagegen kein deutlicher Alterstrend; die Quoten sind sehr hoch und liegen etwa zwischen 400 und 600 auf 1000 Geborene. Die Relation der Abbruchsquoten der Nicht-Verheirateten zu denen der Verheirateten beträgt bei den unter 20jährigen 32 : 1 und reduziert sich mit dem Alter systematisch bis auf 2,8 : 1. Die Quoten sind etwa doppelt so hoch wie bei der medizinischen Indikatiion.

Die Zahlen können wohl nur so interpretiert werden, daß auch bei der allgemein-medizinischen Indikation soziale bzw. sozialmedizinische Gesichtspunkte eine gewichtige Rolle spielen. Rein gesundheitlich ist der Unterschied zwischen gleichaltrigen verheirateten und nicht-verheirateten Schwangeren gerade im jüngeren Alter zweifellos nicht so groß, wie es das Zahlenverhältnis der Tabelle 13 angibt.

Auch bei der eugenischen Indikation, bei der man den geringsten subjektiven Spielraum vermutet, sind die relativen Unterschiede zwischen Verheirateten und Nichtverheirateten bei wesentlich kleineren Zahlen zwar geringer als bei der allgemein-medizinischen Indikation, aber doch deutlich vorhanden. Ähnliche Analysen wurden auch für einzelne Bundesländer und verschiedene Beobachtungszeiten durchgeführt. Es ergab sich, daß schon 1976 – und auch in Ländern mit niedrigen Abbruchsziffern – dieselben Abstufungen aller Indikationen nach Alter und Familienstand vorliegen.

3.4.3 Kinderzahl und vorangegangene Schwangerschaften

Bei den Verheirateten ist die Kinderzahl von besonderer Bedeutung, um die persönlichen und familiären Schwierigkeiten durch eine neue Schwangerschaft (Tabelle 14) beurteilen zu können. In der Abbruchsstatistik sind daher ausführliche Tabellen nach der Kinderzahl aufgestellt worden [17]).

---

[16]) Wie bereits ausgeführt, gibt es in der Gruppe der sehr jungen Verheirateten insgesamt nur wenige Abbrüche, so daß diese Frauen auch sehr viel seltener in der Praxis des indizierenden Arztes erscheinen.

[17]) In der Bundesstatistik der Geburten ist eine Gliederung nach der Zahl der vorangegangenen Geburten für die ehelichen Kinder veröffentlicht. Da die Abbruchsstatistik bei der Gliederung nach der Kinderzahl nicht auch den Familienstand berücksichtigt, sind beide Statistiken nicht voll vergleichbar. Für eine erste Übersicht wurde davon ausgegangen, daß es sich bei Ledigen meist um die erste Schwangerschaft handelt. Daher wurden bei den Bezugszahlen der ersten Kinder in der Geburtenstatistik die ersten ehelichen und alle nicht-ehelichen Kinder zusammengefaßt. Trotz dieser Fehlerquellen erscheinen die Bezugszahlen von der 2. Spalte an ausreichend, um einige grundsätzliche Abhängigkeiten herauszuarbeiten.

Tabelle 14

Abbruchsmeldungen 1977/78 und Lebendgeborene 1977 nach dem Alter und der Zahl der vorausgegangenen Lebendgeborenen

Abbrüche	Vorangegangene Lebendgeburten					
Alter	0	1	2	3	4	5 und mehr
	a) Abbruchsmeldungen 1977/78					
bis 19 Jahre	14 212	985	160	21	8	4
20 bis 24 Jahre	15 963	5 026	3 045	774	165	52
25 bis 29 Jahre	9 058	6 661	7 461	3 046	1 891	474
30 bis 34 Jahre	3 696	4 558	7 869	4 024	1 823	1 227
35 bis 39 Jahre	2 205	3 412	7 345	4 596	2 145	2 024
40 und mehr Jahre	1 039	1 552	3 607	2 817	1 569	1 820
zusammen 1977	18 772	9 589	13 007	7 115	3 182	2 644
zusammen 1978	28 192	13 014	17 019	8 495	3 951	3 077
zusammen	46 964	22 603	30 026	15 610	7 133	5 721
Zunahme von 1977 auf 1978 in %	*+ 50,2*	*+ 35,7*	*+ 30,8*	*+ 19,4*	*+ 24,2*	*+ 16,4*
	b) Geborene 1977 [1]) [2])					
bis 19 Jahre	38 839 [1])	2 843	205	11	3	–
20 bis 24 Jahre	120 603 [1])	46 493	7 643	1 439	269	63
25 bis 29 Jahre	97 573 [1])	82 363	22 263	6 056	2 003	921
30 bis 34 Jahre	30 921 [1])	39 345	18 305	6 516	2 651	1 197
35 bis 39 Jahre	11 317 [1])	12 739	10 285	5 457	2 536	2 793
40 und mehr Jahre	2 835 [1])	2 029	2 035	1 802	1 100	2 035
zusammen	301 988 [1])	185 812	60 736	21 281	8 592	7 729
	c) Abbruchsmeldungen 1977/78 auf 1000 Geborene 1977 in jeder Alters- und Geburtenfolgeklasse je Jahr					
bis 19 Jahre	183,0	173,2	(390,2)	.	.	.
20 bis 24 Jahre	66,2	54,1	199,2	268,9	(306,7)	.
25 bis 29 Jahre	46,4	40,4	167,6	251,5	272,3	(257,3)
30 bis 34 Jahre	59,0	57,9	214,9	308,8	343,8	320,0
35 bis 39 Jahre	97,4	133,9	357,1	421,1	422,9	362,3
40 und mehr Jahre	183,2	382,5	886,2	781,6	706,8	447,2
zusammen	77,8	60,8	247,2	366,8	415,1	370,1

( ): Geborenenzahl unter 1000. .: Geborenenzahl unter 100.

[1]) Nichteheliche Kinder sind in der Geburtenstatistik zur Gruppe ohne vorangegangene Lebendgeburten hinzugerechnet worden.

[2]) Kleine Abweichungen in der Definition der Geburtenfolge bei Lebend- und Totgeborenen sind vernachlässigt.

Ab 35 Jahre spielt die Zahl der früheren Geburten eine außerordentlich große Rolle für den Abbruchswunsch. Von zwei vorangegangenen Geburten steigt die Zahl der Abbrüche im Verhältnis zu den Geborenen ebenfalls stark an.

Das allgemeine Maximum liegt bei den über 40jährigen mit zwei oder drei früheren Lebendgeborenen; bei ihnen kommen auf zehn Geburten acht bis neun gemeldete Abbrüche. In den beiden ersten Spalten für null und eine vorangegangene Lebendgeburten verhindert die unzureichende Bezugs- und Trennmöglichkeit zwischen verheirateten und nichtverheirateten Frauen eine klare Deutbarkeit der Zahlen, wie aus dem Vergleich mit Tabelle 11 c hervorgeht, in der das Minimum der Abbruchsquoten bei den verheirateten unter 20jährigen bei 19 liegt.

Von besonderem Interesse ist das Verhalten der Relativzahlen in Tabelle 11 c vom Alter 25 Jahre ab; nach dem sprunghaften Anstieg der Abbruchsquoten von ein auf zwei vorangegangene Lebendgeburten steigen die Quoten von zwei auf drei Geburten noch deutlich an, bleiben bei höheren Geburtenzahlen aber ziemlich konstant. Bei den 40jährigen und Älteren sinken sie von zwei früheren Geburten an wieder ab, obwohl sie noch deutlich über den Abbruchsquoten der Gruppen mit null und eine vorangegangenen Geburten liegen. Dies bedeutet, daß es nicht die Kinderzahl selbst in ihrer unmittelbaren Wirkung ist, die mit steigender Zahl zur Abbruchsindikation beiträgt, sondern daß erst unter Berücksichtigung der sonstigen Lebensverhältnisse die schwere Notlage entsteht.

Offenbar gibt es aber auch eine große Zahl von Familien, bei denen die hohe Kinderzahl kein Argument für einen Abbruchswunsch ist [18]). In der Abbruchsstatistik wird sowohl nach Zahl und Ausgang vorangegangener Schwangerschaften gefragt, als auch nach der Zahl der

[18]) Vgl. dazu auch die Ergebnisse der Bevölkerungsumfrage, Kapitel 12.

von der Schwangeren versorgten Kinder unter 18 Jahren, und zwar danach unterteilt, ob ein, zwei, ... Kinder bei der Mutter leben oder nicht. Der Anteil der Mütter mit nicht bei ihnen lebenden Kindern beträgt im Durchschnitt 5 % der abbrechenden Mütter mit Kindern, liegt im jüngeren Alter etwas darunter, ab 40 Jahren darüber. 95 % der Mütter mit Kindern haben diese bei sich.

Tabelle 15

Frühere Schwangerschaften der abbrechenden Frauen

Zahl und Ausgang früherer Schwangerschaften	1977		1978	
	Anzahl	%	Anzahl	%
keine Schwangerschaft	16 864	*31,1*	25 301	*34,4*
eine oder mehrere Schwangerschaften				
– mit nur Lebendgeburten	26 341	*48,5*	33 359	*45,4*
– auch mit Verlusten	11 104	*20,4*	14 888	*20,2*
zusammen	54 309	*100*	73 548	*100*

Der Ausgang früherer Schwangerschaften bei abbrechenden Müttern zeigt einige Gesetzmäßigkeiten. Der Anteil der früheren Schwangerschaften ohne Verluste, also der Anteil der Frauen, die alle früheren Schwangerschaften mit Lebendgeburten beendet haben, ist aus Tabelle 16 zu entnehmen.

Tabelle 16

Frauen mit Abbrüchen 1977 nach der Zahl früherer Schwangerschaften und dem Anteil derer, die nur Lebendgeborene hatten

Zahl der früheren Schwangerschaften	Abbrüche insgesamt bisher nur			allgem.-med. Indikation bisher nur			eugenische Indikation bisher nur			sonst. schwere Notlage bisher nur		
	Anzahl	Lebend-geborene	%	Anzahl	Lebend-geborene	%	Anzahl	Lebend-geborene	%	Anzahl	Lebend-geborene	%
1	9 028	7 532	*83,4*	2 621	2 189	*83,5*	506	421	*83,2*	5 038	4 228	*83,9*
2	11 585	9 810	*84,7*	4 070	3 502	*86,0*	622	574	*82,6*	5 937	4 993	*84,1*
3	7 747	5 065	*65,4*	2 662	1 708	*64,2*	313	177	*56,5*	4 107	2 758	*67,2*
4	4 326	2 149	*49,7*	1 477	683	*46,2*	147	64	*43,5*	2 379	1 254	*52,7*
5	2 159	904	*41,9*	703	281	*40,0*	53	17	*30,9*	1 252	550	*43,9*
6	1 235	433	*35,1*	384	121	*31,5*	.	.	.	752	278	*37,0*
7	595	194	*32,6*	194	55	*28,4*	.	.	.	357	113	*31,7*

Bei nur einer vorangegangenen Schwangerschaft ist der Anteil der Lebendgeburten mit 83,4 % auffallend niedrig. Bei zwei früheren Schwangerschaften endeten beide in 84,7 % mit einer Lebendgeburt. Bei höheren Geburtenzahlen findet sich fast genau eine geometrische Progression, indem jedesmal der Anteil der Frauen ohne Verluste bei einer weiteren früheren Schwangerschaft um rd. 80 % abnimmt. Dieser Häufigkeitsverlauf findet sich mit nur geringen Abweichungen auch bei den einzelnen Indikationen. Bei der Notlage-Indikation ist bei drei und mehr früheren Schwangerschaften die Häufigkeit der Frauen ohne Verluste etwas größer als bei der allgemein-medizinischen Indikation. Bei der eugenischen Indikation ist der Anteil der ausschließlich guten Verläufe noch etwas geringer. Dies war zu erwarten, da die eugenische Indikation sich auch auf die früheren Schwangerschaften beziehen kann.

Gewisse Aufschlüsse ergibt auch die Aufgliederung der Frauen mit ein oder zwei früheren Schwangerschaften nach der Art der hierbei aufgetretenen Verluste [19]).

[19]) Das Statistische Bundesamt wertet aus tabellentechnischen Gründen nur die Daten dieser beiden Untergruppen in dieser detaillierten Form aus.

Tabelle 17

Abbrechende Frauen mit einer früheren Schwangerschaft nach deren Ausgang

eine frühere Schwangerschaft	1977 damaliger Ausgang (%)					1978 damaliger Ausgang (%)				
	Anzahl	Abbruch	Fehlgeb.	Totgeb.	Lebendgeb.	Anzahl	Abbruch	Fehlgeb.	Totgeb.	Lebendgeb.
Frauen mit einer früheren Schwangerschaft	9 028	8,7	7,3	0,6	83,4	12 496	12,0	6,5	0,6	80,8
unter 25 Jahre	2 771	13,8	7,0	0,5	78,7	3 878	17,4	5,2	0,4	76,9
35 Jahre und mehr	1 736	3,2	9,1	0,9	86,8	2 354	5,4	7,8	0,9	85,9
allgem.-medizinische Indikation	2 621	8,3	7,5	0,7	83,6	2 930	10,1	7,1	1,1	81,7
psychiatrische Indikation	757	11,1	7,7	0,7	80,6	637	14,3	6,6	0,3	78,8
eugenische Indikation	506	6,7	8,3	1,8	83,2	597	9,5	8,2	1,5	80,7
Notlage-Indikation	5 038	8,7	7,0	1,4	83,9	8 165	12,7	6,1	0,4	80,7

Tabelle 18

Abbrechende Frauen mit zwei früheren Schwangerschaften nach der Zahl der früheren Abbrüche

zwei frühere Schwangerschaften	1977 damalige Abbrüche (%)				1978 damalige Abbrüche (%)			
	Anzahl	2 Abbrüche	1 Abbruch	kein Abbruch	Anzahl	2 Abbrüche	1 Abbruch	kein Abbruch
zwei frühere Schwangerschaften	11 585	0,9	4,2	94,9	15 116	1,0	5,8	93,2
unter 25 Jahre	1 433	2,0	8,3	89,7	2 033	1,7	10,7	87,6
35 Jahre und mehr	4 024	0,4	2,0	97,6	4 976	0,6	3,3	96,1
allgem.-medizinische Indikation	4 070	0,9	3,0	96,1	4 345	0,7	4,2	95,1
psychiatrische Indikation	846	0,5	4,6	94,9	851	2,0	7,1	90,9
eugenische Indikation	622	0,5	4,2	95,3	607	0,5	3,8	95,7
Notlage-Indikation	5 937	1,0	4,9	94,1	9 120	1,1	6,5	92,4

Im Jahr 1977 gaben von den Frauen mit einer früheren Schwangerschaft (Tabelle 17) 8,7 % an, daß die damalige Schwangerschaft abgebrochen wurde; 1978 waren es 12,0 %. Bei ihnen fand also schon der zweite Abbruch statt. Bei Frauen unter 25 Jahren war es 1977 in 13,8 % der zweite Abbruch, 1978 in 17,4 % – bei unter 20jährigen sogar in 24,0 %.

Bei 7,3 % endete 1977 die damalige Schwangerschaft mit einer Fehlgeburt, bei 0,6 % mit einer Totgeburt. In den Jahren 1975 bis 1976 war die allgemeine Totgeborenenquote tatsächlich 0,7 %, so daß diese Angaben Vertrauen verdienen. Dagegen erscheint die Fehlgeburtenquote im Vergleich zu anderen Studien zu niedrig. Nach der Literatur ist bei Schwangerschaften generell mit 10 bis 20 % beobachtbaren spontanen Fehlgeburten zu rechen [20]). Es ist nicht auszuschließen, daß manche Frauen eine frühere spontane Fehlgeburt, die mit einer Ausschabung durch einen Arzt abgeschlossen wurde, als „Abbruch" angegeben haben.

Die Zahl über frühere Abbrüche bei Frauen, deren jetzige Schwangerschaft abgebrochen wird, sind in erschreckender Weise auch deshalb zu hoch, weil sie zeigen, daß damals eine wirksame Information über Kontrazeptiva nicht erfolgt war. Der Anstieg von 1977 auf 1978 unterstreicht die Dringlichkeit dieser Feststellung. Die jetzt durch Abbruch endenden Schwangerschaften hätten gar nicht entstehen sollen.

3.5 Die Aussagekraft der Abbruchs-Statistik

Die Statistik der Schwangerschaftsabbrüche ist zweifellos in erheblichem Maße unvollständig und lückenhaft. Dies ist aus dem Vergleich mit Zahlen aus anderen Quellen klar nachweisbar. Der von Vierteljahr zu Vierteljahr mit Ausnahme des 2. Quartals 1978 bestehende Zunahmetrend setzt sich – zu unbekannten Teilen – aus einer Zunahme der Meldebeteiligung und einer Zunahme der **legalen** Abbrüche seit Inkrafttreten des Reformgesetzes zusammen.

Die starken Unterschiede zwischen den Bundesländern – meist mit dem nicht ausreichend zutreffenden Schlagwort „Nord-Süd-Gefälle" bezeichnet – setzen sich aus echten Unterschieden der Abbruchshäufigkeiten und unterschiedlichen Meldeintensitäten zusammen. Beide Tatbestände überschneiden sich und lassen sich derzeit noch nicht voneinander abgrenzen. Die Zahlen liefern also in zeitlicher und örtlicher Hinsicht ein verzerrtes Bild der Wirklichkeit, aus dem nur sehr vorsichtige Rückschlüsse gezogen werden können.

Die Brauchbarkeit der Zahlen nimmt in dem Maße zu, in dem nicht die Höhe der Zahlen selbst mit örtlichen

[20]) Schwangerschaftsverlauf und Kindesentwicklung; bisherige Ergebnisse eines seit 1964 geförderten Schwerpunktprogramms (Stand Mai 1976) im Auftrag der Senatskommission für Teratologische Fragen – Forschungsbericht der Deutschen Forschungsgemeinschaft Harald Boldt Verlag KG, Boppard, 1977.

und zeitlichen Unterschieden, sondern weitere strukturelle Gliederungen im Vordergrund stehen. Es ist z. B. nicht anzunehmen, daß Meldungen über Witwen oder über Ledige, über Frauen mit drei Kindern oder über eugenische Indikation gezielt vollzähliger oder weniger vollzählig sind als die über andere Teilgruppen. Daher dürften Strukturunterschiede von der Statistik weitgehend „richtig" erfaßt sein, obwohl die Zahlen selbst nicht richtig sind. Die meisten Strukturen der Abbruchszahlen sind nicht aus den absoluten Zahlen selbst und meist auch nicht aus prozentualen Gliederungen erkennbar, sondern nur durch Inbeziehungsetzung zu den Geburtenzahlen der entsprechenden Frauengruppen.

So ist trotz mangelnder Richtigkeit der Einzelzahlen die Aussagekraft der Statistik für zahlreiche Gegenüberstellungen ausreichend, die die grundsätzliche Abbruchsproblematik und die Rolle einiger Einflußfaktoren betreffen.

3.6 Auslandszahlen und Gesamtschätzung

In den Niederlanden wird von der Organisation STIMEZO, der die meisten Spezialkliniken für Schwangerschaftsabbrüche angehören, eine Statistik aufgestellt, die auf Zählblättern für jeden Abbruch beruhen. Hierin ist auch die Staatsangehörigkeit notiert [21]).

Die Statistik begann in den Jahren 1974/75. Jetzt nehmen 15 Kliniken daran teil; für weitere Kliniken mit bekannten Gesamtzahlen wurden die Ergebnisse dazugeschätzt.

1977 wurde demnach bei rd. 55 000 bis 60 000 deutschen Frauen die Schwangerschaft abgebrochen. 1978 sind die registrierten Zahlen um etwa 20 % gegenüber 1977 zurückgegangen. Wenn sich darin eine Verlagerung der Abbrüche in die Bundesrepublik ausdrücken sollte, so kann der holländische Rückgang nur etwa 60 bis 65 % der deutschen Zunahme decken. In England wurden 1977 weniger als 2000 Abbrüche deutscher Frauen registriert.

Eine Gliederung der holländischen Zahlen nach Alter, Familienstand, Kinderzahl, Schwangerschaftswoche läßt einen Vergleich mit den deutschen Zahlen zu und erlaubt den Rückschluß, welche Gruppen bevorzugt holländische Kliniken aufsuchen.

[21]) Bei einem Besuch in Utrecht hat sich die Kommission von der Glaubwürdigkeit der dort zusammengestellten Statistik überzeugen können.

Tabelle 19

Abbrüche 1977 und 1978 nach Familienstand, Alter, Schwangerschaftsdauer und Zahl früherer Schwangerschaften in der Bundesrepublik und in Holland

in %

Familienstand	1977 Holland	1977 Bundesrepublik Deutschland	1978 Holland	1978 Bundesrepublik Deutschland
ledig	40,4	29,1	43,4	33,3
verheiratet	50,7	60,5	49,7	57,9
geschieden/ verwitwet	7,6	7,6	6,8	7,1

Alter	1977						1978	
	insgesamt		ledig		verheiratet		insgesamt	
	Holland	Bundesrepublik Deutschland	Holland	Bundesrepublik Deutschland	Holland	Bundesrepublik Deutschland	Holland	Bundesrepublik Deutschland
bis 19 Jahre	13,8	11,0	31,8	34,0	1,4	1,5	14,2	12,8
20 bis 24 Jahre	25,2	18,4	43,3	36,3	12,4	10,9	25,7	20,4
25 bis 29 Jahre	22,3	21,5	16,6	17,7	25,6	22,6	22,4	21,9
30 bis 34 Jahre	17,0	18,4	5,0	5,6	25,1	23,6	17,1	18,0
35 bis 39 Jahre	15,7	18,4	2,5	3,0	25,0	24,9	14,5	16,0
40 und mehr Jahre	6,1	10,1	0,9	1,3	10,2	14,3	5,9	9,4

Anzahl früherer Schwangerschaften	1977 Holland	1977 Bundesrepublik Deutschland	1978 Holland	1978 Bundesrepublik Deutschland
0	39,5	31,1	40,2	34,4
1	20,4	16,6	21,0	17,0
2	20,3	21,3	19,9	20,6
3	11,3	14,3	10,6	13,2
4	4,9	6,0	4,8	7,0
5 und mehr	3,6	8,8	3,3	7,8

Bisherige Dauer der Schwangerschaft	1977 Holland	1977 Bundesrepublik Deutschland	1978 Holland	1978 Bundesrepublik Deutschland
bis 4 Wochen	1,3	0,4	1,0	0,2
5 bis 6 Wochen	13,5	6,1	14,5	6,2
7 bis 8 Wochen	41,3	35,4	42,8	40,6
9 bis 10 Wochen	23,6	34,0	21,5	31,5
11 bis 12 Wochen	9,5	19,5	8,1	13,8
13 bis 14 Wochen	6,9	1,4	6,0	1,1
15 bis 16 Wochen	2,6	0,5	3,5	0,4
über 16 Wochen	1,3	0,6	2,5	0,5

Die Fahrt nach Holland wird bevorzugt von Ledigen und jüngeren Frauen, insbesondere im Alter von 20 bis 24 Jahren unternommen. Meist handelt es sich um die erste oder zweite Schwangerschaft; bei späteren Schwangerschaften erfolgt der Abbruch eher in der Bundesrepublik. In Holland wird der Abbruch überwiegend bis zur 8. Schwangerschaftswoche vorgenommen; in der Bundesrepublik findet die Hälfte der Abbrüche zwischen der 9. und 12. Woche statt; in Holland nur ein Drittel. Abbrüche in späteren Wochen sind

in den deutschen Meldungen nur zu 2 % enthalten, in Holland zu 12 %.

Die zeitliche Entwicklung zeigt in Holland ähnliche Tendenzen wie in der Bundesrepublik: mehr Ledige, mehr Jüngere. In der Besetzung dieser Gruppen haben sich die deutschen Zahlen den niederländischen angenähert. Die Verlagerung in das Bundesgebiet betrifft also vermutlich diese Gruppe am stärksten.

Faßt man die Zahlen im Inland und Ausland zusammen, so ergibt sich für 1977: [22])

[22]) In Klammern die entsprechenden Zahlen für 1978. Die Dunkelziffer konnte für 1978 nicht neu geschätzt werden, da bei den RVO-Kassen keine neueren Angaben über die Schwangerschaftsabbrüche vorliegen. Deshalb wurde die Zahl von 1977 übernommen, obwohl eine Verringerung vermutet werden kann.

gemeldete Abbrüche nach der Bundesstatistik	54 309	(73 500)
geschätzte Dunkelzahl (Minimum) [23])	20 000	(20 000)
Abbrüche in Holland	60 000	(48 000)
Abbrüche in England	1 000	(1 000)
Abbrüche insgesamt etwa	135 000	(143 000)

Bezogen auf 586 658 Geborene ergibt sich für 1977 eine geschätzte Abbruchquote von 230 auf 1000 Geborene, also von einem Abbruch auf vier Geborene. Dies würde etwa der Abbruchquote in England entsprechen.

[23]) Vgl. Abschnitt 3.3.2.

4 Die Beratung vor dem Schwangerschaftsabbruch

4.1 Gesetzliche Regelung und Selbstverständnis der Beratung

Nach § 218 b Abs. 1 Nr. 1 und 2 StGB ist die Frau, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen will, verpflichtet,

„1. sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff wegen der Frage des Abbruchs ihrer Schwangerschaft an einen Berater (zu wenden . . . und sich) dort über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder beraten (zu lassen), insbesondere über solche Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern, und

2. (sich) von einem Arzt über die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte beraten (zu lassen)" [1]).

Die **medizinische Beratung** hat neben der Information über den Schwangerschaftsverlauf, die Methoden beim Schwangerschaftsabbruch und die spezifischen Risiken auch die Aufgabe, Fragen der Sexualität und der Familienplanung in die Beratung einzubeziehen und dabei sowohl die medizinischen als auch psychologische und sozio-ökonomische Aspekte zu berücksichtigen. Die **Beratung über öffentliche und private Hilfen** umfaßt sowohl die im konkreten Einzelfall tatsächlich verfügbaren Hilfsmöglichkeiten, als auch die Konsequenzen ihrer Inanspruchnahme für die Schwangere und für das geborene Kind.

Die **Beratung über soziale Hilfen** entsprechend dem Wortlaut des Gesetzes hat sich in der Praxis als nicht ausreichend erwiesen. Vielmehr ist die **psychosoziale Konfliktberatung** zum eigentlichen Kern der Beratungsarbeit geworden.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 25. Februar 1975 [2]), das die Grundlage für die Reform des § 218 StGB in der Fassung des Fünfzehnten Strafrechtsänderungsgesetzes ist, zur Beratung ausgeführt, daß es dabei entscheidend darauf ankomme, auf den Motivationsprozeß der Schwangeren gezielt Einfluß zu nehmen, wenn der Beratung ein Schutzeffekt zugunsten des werdenden Lebens zukommen solle. Die gezielte Einflußnahme schließt jedoch nach den Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts nicht aus, daß die Beratung zugleich die gesamten Lebensumstände der Schwangeren sowie „das Recht der Frau, nicht über das zumutbare Maß hinaus zur Aufopferung eigener Lebenswerte . . . gezwungen zu werden", berücksichtigen soll [3]).

Die Forderung nach Einflußnahme kann demnach nicht heißen, die Frau unter allen Umständen gegen ihre Überzeugung und trotz ihrer Notlage zur Geburt des Kindes zu überreden.

Der Schwangerschaftskonflikt ist im Hinblick auf seine Entstehungsmöglichkeiten von so vielfältigen Faktoren bestimmt, die durch die individuellen Voraussetzungen in der Partnerschaft, der Familienstruktur, der ökonomischen Situation und der Persönlichkeit der Frau bestimmt werden, daß jeder Versuch einer Beschreibung des möglichen Konflikt-Spektrums unzureichend bleiben muß [4]).

Die Besonderheit des Schwangerschaftskonflikts im Vergleich zu jeder anderen Konfliktsituation liegt einmal darin, daß die Schwangere nicht „aus dem Felde gehen" kann; sie **muß** eine Entscheidung treffen. Sie befindet sich außerdem objektiv und subjektiv unter großem Zeitdruck, da sie sich möglichst schnell zwischen der Fortsetzung der Schwangerschaft und ihrem Abbruch entscheiden muß, um die gesetzliche Frist einhalten zu können. Und schließlich kann der Konflikt nicht wie in anderen Fällen durch irgendeine Kompromißlösung bewältigt werden, es muß vielmehr zwischen zwei klaren, nicht modifizierbaren Entscheidungen gewählt werden.

[1]) Vollständiger Gesetzestext in Kapitel 1, Abschn. 1.5.1.

[2]) Siehe dazu auch Kapitel 1, Abschn. 1.3.3.

[3]) BVerfGE 39, Seite 48.

[4]) Siehe dazu die Ausführungen über die human-ökologischen Bedingungen der Elternschaft in Kapitel 16; weitere Darstellungen von Konflikt-Konstellationen im Rahmen der Notlage-Indikation finden sich in Kapitel 5 und in Kapitel 9.

Die Konfliktberatung macht den Versuch, gemeinsam mit der schwangeren Frau die vorhandenen Konflikte aufzuarbeiten. Dabei wird die Frage geklärt, ob ein Ausweg aus der Notlage sichtbar wird, den die Frau akzeptieren kann. Eine Lösung des Konflikts, die den Bedürfnissen und den Problemen der Frau in angemessener Weise gerecht wird, kann jedoch nur unter der Voraussetzung gelingen, daß die Frau sich selbst als zuständig für ihre Entscheidung erleben kann, da nur durch die Erfahrung der Entscheidungszuständigkeit ihre Entscheidungsverantwortlichkeit gegenüber sich selbst und gegenüber dem werdenden Leben gefördert werden kann.

Die Beratung hat dabei das Ziel, der mit dem Schwangerschaftskonflikt konfrontierten Frau Hilfen zur eigenverantwortlichen Lösung des Konflikts anzubieten, die von ihr als eigene Entscheidung erlebt, in der Entscheidungskonsequenz als ertragbar und im Hinblick auf zukünftige Problemlösungen als Orientierungshilfe verstanden werden kann. Die Schwangerschaftskonfliktberatung sollte dazu beitragen, Normen- und Verhaltenszwänge bewußt zu machen und sie in ihren Auswirkungen auf die eigene Entscheidungsfähigkeit zu bearbeiten. Voraussetzung für eine solche Beratung ist, daß die Frau von sich aus das Bedürfnis hat, ihre Konflikte und deren Ursachen mit Unterstützung eines Beraters zu klären [5]).

Als eine am Klienten orientierte Beratung muß sie sich deshalb notwendig von einem Beratungsverständnis absetzen, das primär flankierende Funktionen für die Durchsetzung strafrechtlicher Bestimmungen erfüllen soll.

4.2 Selbstorganisierte Beratung in Frauengruppen

Als Anfang der siebziger Jahre die Diskrepanz zwischen der strafrechtlichen Regelung des § 218 StGB und der gesellschaftlichen Realität des Schwangerschaftsabbruchs unübersehbar deutlich wurde, wurden Initiativen gegründet, die für eine ersatzlose Streichung des § 218 StGB und das Recht der Frauen kämpften, über den eigenen Körper sowie den Zeitpunkt und die Zahl der Schwangerschaften selbst zu bestimmen [6]).

Neben Aktivitäten – wie Unterschriftensammlungen, Demonstrationen und öffentlichen Busfahrten in holländische Kliniken – entstanden selbstorganisierte Beratungsgruppen, die Frauen auf der Grundlage der eigenen Betroffenheit über Probleme der Verhütung, der Schwangerschaft und des Schwangerschaftsabbruchs berieten.

Nach Inkrafttreten der Reform des § 218 StGB ging die Bedeutung dieser informellen Beratungsarbeit zurück, nicht zuletzt deshalb, weil die nunmehr gesetzlich vorgeschriebene Beratung eine weitgehende Verlagerung in den Bereich professioneller Beratungsangebote begünstigte.

Eine von der Freiwilligkeit der Inanspruchnahme gekennzeichnete Beratung im Vorfeld des offiziellen Verfahrens wird heute nur noch von wenigen, meist politischen oder kirchlichen Frauengruppen angeboten [7]).

Gemeinsam ist allen die Kritik an der Reform des § 218 StGB, die nicht zu einer Lösung der Widersprüche und einer Angleichung der Gesetzgebung an die gesellschaftliche Realität geführt hat; noch immer ziehen es viele Frauen vor, zum Schwangerschaftsabbruch nach Holland zu fahren. Auch scheint das Entstehen von Selbsthilfe-Organisationen in bestimmten Bevölkerungsgruppen auf die Unzufriedenheit mit der Struktur von Institutionen hinzuweisen, die den Interessen des einzelnen nicht mehr gerecht werden.

Im sozialdemokratischen und feministischen Bereich ist es auch die Forderung nach einer Gesellschaft, die den Frauen nicht die Fähigkeit abspricht, mit der Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs verantwortungsbewußt umzugehen. Bei beiden Gruppen wird die Beratungstätigkeit bestimmt von der politischen Zugehörigkeit der Beraterinnen und der politischen Programmatik, in die diese Beratung eingebettet ist.

4.2.1 Beratung durch sozialdemokratische Frauen

Bei den sozialdemokratischen Frauen wird das Engagement, mindestens die Indikationsregelung in allen Bundesländern und für alle Frauen gerecht durchzusetzen, mitbestimmt durch die Position der SPD in der Diskussion um die Neuregelung des § 218 StGB [8]). Fast 80 % der befragten sozialdemokratischen Initiativen berichteten über Schwierigkeiten in der eigenen Kommune mit der Durchführung der Reformbestimmungen. Dazu gehören die relativ hohe Uninformiertheit der Frauen über den neuen § 218 StGB, der Widerstand der Ärzte, Indikationen zu stellen, insbesondere bei psychosozialen Notlagen, die „Nachindizierung" des Arztes, der den Schwangerschaftsabbruch vornimmt und die Weigerung von Krankenhausträgern, Abbrüche in ihren Einrichtungen zuzulassen. Die Kritik richtet sich hauptsächlich gegen die Abhängigkeit der betroffenen Frauen von der Einstellung der Ärzte bzw. der Träger von Beratungs- und Abbruchsinstitutionen, die Benachteiligung von Frauen aus der Unter-

[5]) Diese Definition von Schwangerschaftskonfliktberatung ist nicht nur das Ergebnis der in den Projekten der Kommission zur Beratung (Projekt-Beschreibungen siehe entspr. Anmerkungen in Kapitel 4.2, 4.3 und 4.4) untersuchten Beratungspraxis nach § 218 b StGB, sondern ergibt sich aus der Einschätzung des Schwangerschaftskonflikts durch die Kommission sowie der daraus ableitbaren Notwendigkeit einer inhaltlich auf die individuelle Situation der Frau bezogenen Beratung, die die Ratsuchende als selbstverantwortliche Gesprächspartnerin ernst nimmt, ohne sie mit vorgegebenen Konfliktlösungen unter Druck zu setzen.

[6]) Siehe auch dazu Kapitel 1, Abschn. 1.2.

[7]) Von den auf Bundes-, Landes- und z. T. Kommunalebene angeschriebenen 658 Mitgliedsorganisationen des Deutschen Frauenrats (insgesamt 6 Millionen Mitglieder) berichteten weniger als 10 %, daß sie ratsuchenden Frauen im Schwangerschaftskonflikt in irgendeiner Form Hilfe boten.
Die Kommission erhielt auswertbare Informationen von:
1. der politischen Initiative der sozialdemokratischen Frauen,
2. der kirchlichen Initiative der Evangelischen Frauenhilfe,
3. einigen Beratungsgruppen der feministischen Frauenbewegung,
die sich in ihrer Zielsetzung z. T. erheblich voneinander unterscheiden.

[8]) Siehe dazu Kapitel 1, Abschn. 1.2.2.

schicht durch deren Unsicherheit und mangelnde Verbalisierungsfähigkeiten, gegen die Unterversorgung bestimmter Bezirke mit Beratungsstellen freier Träger und insgesamt gegen den langen, oft undurchschaubaren und erschwerten Instanzenweg, den die Frauen durchlaufen müssen. Die Beratungstätigkeit ist gekennzeichnet von der realistischen Einschätzung der eigenen Tätigkeit, die nicht den Anspruch einer konfliktlösenden Beratung erhebt, sondern von reformerischen Zielvorstellungen ausgeht und die Benachteiligungen für bestimmte Frauen aufheben sowie den legalen Schwangerschaftsabbruch für Frauen aller Schichten zugänglich machen will. Die sozialdemokratischen Frauen arbeiten als „Anlaufstelle", also eine Art Vorberatung zur offiziellen Beratung, indem sie Frauen u. a. über den Instanzenweg informieren, sie an kooperationsbereite Institutionen verweisen und darüber hinaus durch andere Hilfen, wie Begleitung zur Beratung und zum Abbruch zur emotionalen Stabilisierung der Frauen beitragen. Die Ratsuchenden, die diese Beratung in Anspruch nehmen (ca. 3000 Frauen/Jahr), kommen zu fast gleichen Teilen aus der Mittel- und der Unterschicht. Fast alle Frauen hatten sich bereits vor der Kontaktaufnahme für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden.

Der Großteil der Beratungsinitiativen möchte bis zur vollen Ausschöpfung der Reform selbstorganisiert weiterarbeiten, manche streben aber auch die Institutionalisierung als offizielle, anerkannte Beratungsstelle an [9]).

4.2.2 Feministische Frauengruppen

Die Kritik der feministischen Frauengruppen am neuen § 218 StGB betrifft hauptsächlich folgende Punkte:

— Der neue § 218 StGB schwäche weiterhin das Recht der Frauen auf Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit.

— Die Entscheidungsbefugnis von Ärzten und offiziellen Instanzen sei durch den neuen § 218 StGB nicht verringert, sondern gefestigt worden, so daß Frauen weitgehend von Ärzten, Beratungsstellen und Krankenhäusern abhängig seien.

— Das Gesetz benachteilige weiterhin Frauen aufgrund ihrer sozialen Verhältnisse, Bildung und Schichtzugehörigkeit, da Frauen der unteren Sozialschichten weniger Möglichkeiten hätten, sich auszudrücken und sicher aufzutreten, und da sie aufgrund ihrer finanziellen Verhältnisse nicht ins Ausland gehen könnten.

— Die Beratung sei Zwang und zu einseitig nur zum Schutz ungeborenen Lebens vorgesehen.

— Durch die Umständlichkeit des Instanzenweges sei es den Frauen oft nicht möglich, die Frist einzuhalten.

— Für die Frauen sei es oft zwar möglich, eine Bescheinigung über die Beratung oder eine Indikationsfeststellung zu bekommen, die Möglichkeit, ambulant oder im Krankenhaus einen Abbruch durchführen zu lassen, sei dann aber nicht gegeben.

— Die Frauen hätten z. T. sehr negative Erfahrungen gemacht (Diskriminierung).

— Oft müßten sie für den Eingriff noch ein zusätzliches Honorar zahlen.

Die feministischen Beratungsgruppen haben den Anspruch, in der Beratung Frauen jeden Alters und aller Schichten anzusprechen. Eine häufiger geäußerte Vermutung ist, daß jedoch gerade diese Frauen von den feministischen Frauengruppen nicht erreicht werden. Unterschiede in den Lebenswelten und die Verschiedenartigkeit ihrer Alltagsprobleme und deren Bewältigung mögen häufig verhindern, daß Frauen aus dem nicht akademischen Bereich, sowie ältere Hausfrauen und Mütter Kontakte zu den Frauengruppen aufnehmen. Wenn Kontakte stattfinden, sind sie überwiegend auf Informationen über das Verfahren und über örtliche Gegebenheiten beschränkt.

Immerhin hat die Bevölkerungsumfrage [10]) ergeben, daß ca. 30 % der Bevölkerung es als empfehlenswert ansehen, sich in einer Schwangerschaftskonfliktsituation an eine Frauengruppe zu wenden. Es ist zu vermuten, daß diese Ansicht vor allem von jüngeren Befragten, die den offiziellen Stellen gegenüber eher eine negative Erwartungshaltung haben und von den Frauengruppen eine unbürokratische Hilfe erhoffen, vertreten wird [11]).

Die Perspektiven ihrer Beratung werden von den feministischen Frauengruppen selbst ganz unterschiedlich gesehen. Einige streben wohl die Institutionalisierung als offizielle Beratungsstelle an, viele der jetzt in Ausbildung stehenden Frauen wollen später im Rahmen der Berufstätigkeit in Institutionen arbeiten, die auch mit dem § 218 StGB zu tun haben [12]).

4.2.3 Evangelische Frauenhilfe

Der Verband der „Evangelischen Frauenhilfe in Hessen und Nassau" sieht als einen seiner Aufgabenbereiche die Beteiligung an den flankierenden Maßnahmen zum § 218 StGB. In diesem Rahmen entstanden mehrere Projekte mit der Zielsetzung „§ 218 – Frauen helfen Frauen". So wurde z. B. ein Fortbildungsprogramm entwickelt, das interessierten Frauen aus den kirchlichen Gemeinden die Möglichkeit bietet, sich als Kontaktpersonen zu den offiziellen Beratungsstellen ausbilden zu lassen [13]). Diese Kontaktpersonen sollen in die Lage versetzt werden, betroffene Frauen ansprechen und sie an die Beratungsstellen weitervermitteln

[9]) In Berlin-Steglitz z. B. wurde aus einer ASF-Initiative „Frauen helfen Frauen" in Zusammenarbeit mit der Arbeiterwohlfahrt eine anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle.

[10]) Vgl. dazu Kapitel 12.

[11]) Eine Befragung von 135 Frauen im Alter von 15 bis 45 Jahren in der Dortmunder Innenstadt im Frühjahr 1978 ergab u. a., daß die Anzahl derer, die bei einer ungewollten Schwangerschaft eine Frauengruppe aufsuchen würden, und derer, die lieber eine Institution oder ihren Arzt um Rat fragen würden, etwa gleich hoch lag.

[12]) Die meisten Frauengruppen richten sich in ihren Vorstellungen nach dem Konzept eines feministischen Frauengesundheitszentrums, das seit Dezember 1976 in Berlin existiert und auf der Basis der Selbsthilfe betroffener Frauen arbeitet.

[13]) Eine ähnliche Konzeption ist auch für die Gemeindearbeit der katholischen Kirche entwickelt worden.

zu können, ohne sich den vielfältigen Notsituationen der Frauen durch unreflektiert übernommene Normen- und Wertvorstellungen zu verschließen [14]).

In einer vierwöchigen Kur für Frauen mit ungewollter Schwangerschaft, die sich nach der Beratung aber zur Fortsetzung der Schwangerschaft entschlossen hatten, wurde einigen Frauen die Möglichkeit gegeben, ihre Konflikte aufzuarbeiten. Eine weitere Kur konnte trotz der positiven Erfahrungen der Frauen wegen finanzieller Schwierigkeiten nicht durchgeführt werden [15]).

4.2.4 Perspektiven

Die Arbeit der selbstorganisierten Gruppen trägt in vielen Gebieten der Bundesrepublik dazu bei, daß die Reform des § 218 StGB „funktioniert". Durch gezielte Hilfen und Informationen wird den betroffenen Frauen der schwierige Weg durch die Instanzen leichter gemacht und verkürzt.

Die Beratungsgespräche in der selbstorganisierten Beratung sind gekennzeichnet von informeller und persönlicher Hilfestellung, Gleichberechtigung der Teilnehmerinnen und dem Akzeptieren der Entscheidung der Frau. Die selbstorganisierte Beratung ist als Selbsthilfe betroffener Frauen anzusehen. Die besondere Qualität der Beratungssituation liegt in der Freiwilligkeit der Inanspruchnahme und der damit gegebenen Offenheit des Beratungsgesprächs, die in den professionalisierten Beratungsstellen nicht immer selbstverständlich ist.

4.3 Schwangerschaftskonfliktberatung in Beratungsstellen freier Träger [16])

Nach § 218 b Abs. 2 Nr. 1 StGB sind für die vorgeschriebene Beratung vor allem Beratungsstellen vorgesehen, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt sind.

Mehr als die Hälfte der anerkannten Beratungsstellen befindet sich in freier Trägerschaft [17]). Die Inanspruchnahme dieser Beratungsstellen übersteigt allerdings ihren Anteil am gesamten Angebot erheblich.

4.3.1 Beratungskonzepte

Zunächst sollen die Zielsetzungen und Beratungskonzepte der freien Träger dargestellt werden. Auch wenn solche allgemeinen Beratungskonzepte von den Beratern dieser Träger nicht einheitlich umgesetzt werden, kann davon ausgegangen werden, daß die Gruppe der Berater insgesamt das jeweilige Trägerkonzept als Grundlage der eigenen Tätigkeit anerkennt.

Bei allen Definitionen, Zielsetzungen und Konzepten der Schwangerschaftskonfliktberatung haben die Träger sich an den gesetzlichen Ziel- und Inhaltsvorgaben zu orientieren, die im § 218 b StGB und in den dazu ergangenen Ländervorschriften enthalten sind [18]). Wenn auch durchgängig als **Ziel** der Beratung die Erhaltung ungeborenen Lebens in den Vordergrund gestellt wird, ist doch erkennbar, daß mit der Form und dem Inhalt der Beratung unterschiedliche Einschätzungen des ‚richtigen' Beratungsweges zum gleichen Ziel ‚Erhaltung ungeborenen Lebens' impliziert sind. Aufgrund dieser nach Ländern unterschiedlichen Vorstellungen ist nicht überall in der Bundesrepublik ein plurales Angebot an Beratungsstellen verwirklicht. In der folgenden Darstellung der Konzepte erfolgt eine Beschränkung auf die drei wesentlichen freien Träger der Schwangerschaftskonfliktberatung. Andere freie Träger (Arbeiterwohlfahrt, Deutsches Rotes Kreuz etc.) haben entweder wegen der geringen Zahl anerkannter Beratungsstellen in ihrer Trägerschaft auf die Entwicklung eigener Beratungskonzepte verzichtet oder sie identifizieren sich weitgehend mit dem Konzept eines anderen Trägers [19]).

4.3.1.1 Schwangerschaftskonfliktberatung aus kath. Sicht

Die aus der langjährigen Diskussion um die Reform des § 218 StGB bekannte Auffassung der katholischen Kirche, wonach die Bejahung des Wertes und der Würde **jeden** menschlichen Lebens auch den Schutz des ungeborenen Lebens umfaßt, schließt den Schwangerschaftsabbruch als einen Ausweg zur Lösung von Schwierigkeiten aus. Auch die Auffassung, daß ein Schwangerschaftsabbruch juristisch wie theologisch eine schwerwiegende Unrechtstat (Tötung) ist, begründet das Ziel der Beratung, „. . . jede erdenkliche Hilfestellung (zu) leisten, um den Schwangerschaftsabbruch vermeiden zu helfen und um dem Kind, der Mutter und allen anderen Bezugspersonen zu einem von ihnen akzeptierten Lebensweg zu verhelfen. Dabei geht es nicht nur um die Sicherung des biologischen Lebens, sondern auch um das personale und soziale Leben" [20]).

Die Schwangerschaftskonfliktberatung hat folgende inhaltliche Schwerpunkte:

— persönliches Gespräch
— gemeinsame Überlegungen zur Bewältigung der Schwierigkeiten und der zugrundeliegenden Probleme

[14]) Vgl. dazu: Arbeitsmappe „Reform des § 218 – Frauen helfen Frauen", Darmstadt, 1976.

[15]) Vgl. Kapitel 11, Abschn. 11.6.1.

[16]) U. Stössel, A. Grundmann, F. J. Kanz, S. Keil: Quantitative und qualitative Evaluation des Beratungsangebots zum Schwangerschaftskonflikt, Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, voraussichtlich 1980. Die im folgenden verwandten Daten ergeben sich aus:
— einer schriftlichen Übersichtsbefragung bei allen psychosozialen Beratungseinrichtungen in der Bundesrepublik (März 1977/n = 2200)
— einer standardisierten schriftlichen Beratungsstellenbefragung (September 1977/n = 93)
— strukturierten Interviews mit Beratern (n = 23)
— Intensivinterviews mit beratenen Frauen (n = 50)
— Gesprächen mit Fortbildungsträgern
— Sekundäranalysen von Materialien der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms Beratungsstellen (siehe auch Anmerkung 33 zu Abschn. 4.3.2) und von Erfahrungsberichten einzelner Trägerverbände.

[17]) Siehe auch Stellungnahmen der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege im Materialband zum Kommissionsbericht. Weitere Träger sind kommunale und staatliche Behörden – vgl. Abschnitt 4.4, und Kliniken und Krankenhäuser – vgl. Abschnitt 4.5.

[18]) Siehe dazu Kapitel 2, Abschn. 2.3.2.

[19]) Die kritische Würdigung vorliegender Konzepte erfolgt im Supplementband mit den ausführlich dargestellten Forschungsergebnissen; siehe Fußnote 16.

[20]) Richtlinien für die Arbeitsweise katholischer Beratungsstellen, Caritas-Korrespondenz 4/1975

— Angebote der Information, Beratung und Hilfe in persönlichen, familiären, beruflichen und allgemeinen Lebensfragen sowie in der praktischen Lebensgestaltung
— Einsatz bzw. Vermittlung konkreter Leistungen
— Hilfe zur Bewältigung zukünftiger Probleme

Durch den Abbau von Ängsten in der häufig schockartig erlebten Situation wird ein Vertrauensverhältnis geschaffen, auf dessen Grundlage Gespräche zur Aufhellung des Konflikts und ambivalenter Motivationen für oder gegen den Abbruch geführt und der Frau Abhängigkeiten von den Interessen anderer (z. B. des zum Abbruch drängenden Mannes) einsichtig gemacht werden sollen. Nach der Klärung der Konfliktsituation und ihrer Ursachen sollen im Beratungsgespräch alternative Lösungsmöglichkeiten zum Schwangerschaftsabbruch erörtert werden. In der Erörterung der Hilfsmöglichkeiten werden der Schwangeren je nach Konfliktlage spezielle Beratungsdienste (Psychotherapie, Seelsorge, Rechtsberatung) sowie die Vermittlung und Gewährung materieller Hilfen angeboten [21]).

Auch die Frage der Adoption wird als Alternative zum Schwangerschaftsabbruch dargestellt, da diese Möglichkeit für die ledige Mutter häufig ein Beweggrund sein könnte, das Kind doch auszutragen [22]). Ein wichtiger Beratungsschwerpunkt ist der Bewältigung zukünftiger Probleme gewidmet. Als ‚Hilfe zu verantwortlicher Elternschaft' sollen Fragen der Geburtenregelung und, wenn notwendig, die Vermeidung weiterer Schwangerschaften behandelt werden, wobei „zur Wahrung der ethischen Normen eine enge Zusammenarbeit zwischen Arzt, Seelsorger und Berater dringend erforderlich ist" [23]). Die organisatorische Umsetzung dieses Beratungskonzepts erfolgt über ein Beratungsnetz, das u. a. von der Kontaktvermittlung auf pfarrlicher Ebene (Kontaktperson) oder im Bereich der sozialen Dienste über die anerkannten Beratungsstellen im Rahmen der Kreis- oder Stadt-Caritasstellen bzw. der Einrichtungen des Sozialdienstes der kath. Frauen (SKF) oder vorhandener Eheberatungsstellen bis zu überörtlich tätigen, zentralen Beratungsstellen auf Diözesanebene reicht. Die personelle Besetzung der anerkannten Beratungsstellen sieht mindestens einen hauptberuflichen Sozialarbeiter mit entsprechender Ausbildung in Beratung und Gesprächsführung sowie umfassenden Kenntnissen der sozialen Hilfsmöglichkeiten vor. Neben der Verpflichtung, an kirchlichen Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen, werden vor allen Dingen die ehrenamtliche oder auf Honorarbasis vereinbarte Mitarbeit eines Teams von Fachleuten (Ärzte, Juristen, Psychologen, Seelsorger) und die Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen und Einrichtungen auch außerhalb des kirchlichen Bereiches als wesentlich erachtet.

Kath. Berater sollen „Wert und Würde des menschlichen Lebens nicht nur von den sozialen Verhältnissen (ableiten), sondern aus dem Glauben" erfahren und leben. Aus der Glaubensüberzeugung, „daß der Abbruch ein schweres Unrecht bleibt – auch wenn die Mutter ihn für verantwortbar hält –, kann die kirchliche Beratungsstelle keine Indikationsfeststellungsmöglichkeit anbieten, weder in der eigenen Beratungsstelle noch durch Zusammenarbeit mit entsprechenden Ärzten" [24]).

4.3.1.2 Schwangerschaftskonfliktberatung aus evgl. Sicht

Die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) nimmt aufgrund anders gewichteter ethischer und theologischer Vorüberlegungen (als in der kath. Kirche) eine abwägende Haltung gegenüber der Frage der Berechtigung des Schwangerschaftsabbruchs ein. Da sich der Widerspruch, der sich aus der Abwägung des Lebensrechts des Ungeborenen gegenüber dem Selbstbestimmungsrecht der Mutter ergibt, „weder biologisch noch metaphysisch voll zur Auflösung bringen (läßt)" [25]), sind innerhalb der EKD durchaus unterschiedliche Positionen zur Frage des Schwangerschaftsabbruchs vorzufinden [26]).

Die Schwangerschaftskonfliktberatung erfährt deshalb sowohl die Bestimmung, Frauen durch ‚Gegenmotivation' vor der ‚schwerwiegenden Verletzung eines Rechtsgutes zu bewahren' [27]), wie auch die Zielbestimmung, nicht das Zustandekommen einer inhaltlich bereits festgelegten Entscheidung anzustreben, sondern den subjektiv möglichen Ausweg aus der Notsituation zu finden [28]). Berater in evgl. Beratungsstellen verstehen ihre Arbeit eher als Hilfe für die Frau, eine Entscheidung zu fällen, die man nicht wieder rückgängig machen möchte, wie immer sie auch ausfällt; denn Beratungsstellen können weder den Konflikt der Frauen lösen, noch können sie ihnen die Entscheidung abnehmen. Die Konfliktberatung fragt nach den „Bedürfnissen der Klientin und ihrer Situation, ihrer Persönlichkeitsstruktur und Erlebnisweise genauso wie nach den Umweltbedingungen, die für die vorliegende Problematik von Bedeutung sind" [29]).

Eine Konflikterhellung, die die Anteile psychosozialer und materieller Verursachungsfaktoren an der Konfliktschwangerschaft bewußt machen soll, bildet die Grundlage der gemeinsamen Überlegung, welche psychosozialen und materiellen Hilfen zur Lösung des Schwangerschaftskonflikts in Betracht kommen könnten. Umstritten ist dabei auf evgl. Seite die Frage der Adoptionsvermittlung als Hilfsangebot, das von einer Reihe von Beratern als unzumutbare und untaugliche Alternative zum Schwangerschaftsabbruch angesehen wird [30]).

Wesentliche Bedeutung in der Schwangerschaftskonfliktberatung kommt auch der präventiven Beratung zu. Familienplanungsberatung sollte nicht nur Bera-

[21]) Den katholischen Beratungsstellen stehen im jeweiligen Diözesanbereich kirchliche Sonderfonds für schwangere Frauen in Not zur Verfügung. Siehe dazu auch Kapitel 12, Abschn. 12.1.3.

[22]) Zur Adoption siehe auch Kapitel 11, Abschn. 11.6.5 sowie Abschn. 11.7.3.

[23]) Richtlinien für katholische Beratungsstellen, a.a.O.

[24]) E. Buschmann: Konferenzgespräche zum § 218, in: Begegnen und Helfen 1977, Heft 4, Seite 109.

[25]) E. Wilkens: § 218 – Dokumente und Meinungen, Gütersloh 1973.

[26]) Vgl. Kapitel 1, Abschn. 1.2.2 und Kapitel 12, Abschn. 12.1.3.

[27]) E. Wilkens, a.a.O.

[28]) S. Keil, Leben fördern, in M. Koschorke/J. Sandberger: Schwangerschaftskonfliktberatung, Göttingen 1978.

[29]) G. Groeger, in: Zur Sache 6/72, Hrsg. Deutscher Bundestag, S. 112 bis 119.

[30]) Siehe auch Kapitel 11, Abschn. 11.7.3.

tung über den Gebrauch von Kontrazeptiva, sondern auch die Aufarbeitung von Konflikten in der Partnerschaft einschließen.

Die EKD will ihre Konfliktberatung in einem ‚differenzierten System' von Beratungsstellen anbieten, das von der (eher prophylaktischen) Beratung in Erziehungs-, Ehe- und Familienberatungsstellen über die ‚Spezialberatung in den Ortsstellen der Diakonie' bis hin zur begleitenden und nachsorgenden Beratung in Krankenhäusern, insbesondere in den gynäkologischen Abteilungen, reicht [31]).

Beratungsstellen für Konfliktschwangerschaften sollten mit fachkundigen Sozialarbeitern besetzt sein, die möglichst einem Team von Ärzten, Psychologen und gegebenenfalls Pfarrern angehören sollen. Bisher ist in evgl. Beratungsstellen die Indikationsfeststellung durch einen ärztlichen Mitarbeiter nicht vorgesehen.

Fortbildungen dienen nicht nur der Erweiterung der Spezialkenntnisse, sondern vor allen Dingen dem selbstkontrollierten Umgang mit den Problemen anderer, denn: „Berater und Arzt müssen sich als Garant der freien Entscheidung der Schwangeren verstehen und ihr dabei helfen, eine eigene Entscheidung zu fällen und sie durchzuhalten, eventuell auch gegen ihre Umgebung" [32]).

4.3.1.3 Schwangerschaftskonfliktberatung aus der Sicht der Pro Familia

Die Pro Familia geht als nicht-konfessioneller Verband und aufgrund ihres gesellschafts- und gesundheitspolitischen Selbstverständnisses weitaus stärker als die konfessionellen Träger der Beratung bei ihren Vorüberlegungen zur Funktion der Beratung im Rahmen des § 218 StGB davon aus, daß der legale Schwangerschaftsabbruch in bestimmten Fällen die für die Frau erträglichere Lösung im Hinblick auf den aktuellen Konflikt und die spätere Lebensgestaltung darstellt. Der Schwangerschaftsabbruch sollte aber keinesfalls die Familienplanung ersetzen. Vorrangiges Ziel der Beratung ist es, der Frau eine selbstverantwortliche Entscheidung über Fortsetzung oder Abbruch der Schwangerschaft zu ermöglichen. Dabei soll in einem Prozeß der vertrauensvollen Zusammenarbeit über Ursachen und Auswirkungen des Schwangerschaftskonflikts und mögliche Lösungsansätze gesprochen werden.

Nach dem Auffangen der ersten Panikstimmung und der Erörterung der zumeist vielschichtig gelagerten Konfliktaspekte soll die Frau auf für sie hilfreiche Möglichkeiten zur Fortsetzung der Schwangerschaft hingewiesen werden. Können keine Hilfen vermittelt werden und entscheidet sich die Frau für den Abbruch, so wird ihr nach Möglichkeit dabei geholfen, den Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen. In der Beratung wird dabei auch der Abbau belastender Schuldgefühle und Ängste angestrebt.

Hat sich die Frau in oder bereits vor der Beratung zugunsten des Kindes oder eines Schwangerschaftsabbruchs entschieden, so kommt es darauf an, sie so zu stabilisieren, daß sie diese Entscheidung unter psychischen, sozialen und medizinischen Gesichtspunkten auch aushalten kann. Zum Abbruch entschiedene Frauen werden über den Vorgang des Abbruchs, seine Begleitumstände und die Notwendigkeit einer medizinischen Nachsorge aufgeklärt. Beim Wunsch zum Austragen des Kindes wird auch die Zusammenarbeit mit konfessionellen Trägern der Beratung gesucht, da diese bei der Gewährung von Hilfen das Angebot der öffentlichen Hilfen, wenn notwendig, mit eigenen Mitteln ergänzen können. Schwerpunkt der Beratung (und im Selbstverständnis auch eigentlicher Tätigkeitsschwerpunkt der Pro Familia) ist es zudem (nochmalige) ungewollte Schwangerschaften mit der möglichen Konsequenz des Abbruchs durch eine umfassende Beratung über Familienplanung zu verhindern.

Neben einer inhaltsbezogenen Qualifikation sollte der Berater Eigenschaften eines flexiblen und offenen Gesprächspartners haben, selbstkritisch sein, eine wertfreie Haltung einnehmen können, die eigene Meinung nicht aufdrängen und das Recht auf Selbstbestimmung der Frau nicht einschränken.

Eine mit einem Arzt, Psychologen und Sozialarbeiter besetzte Beratungsstelle wird als sinnvoll für die Schwangerschaftskonfliktberatung erachtet. Beratung und Indikationsfeststellung sollten dabei in **einer** Stelle angeboten werden, um Schwierigkeiten, die die Frau in dieser Hinsicht außerhalb der Beratungsstelle oft antrifft, zu vermeiden und dadurch den auf der Frau lastenden Problemdruck nach Möglichkeit zu verringern.

4.3.2 Das Modellprogramm „Beratungsstellen im Rahmen ergänzender Maßnahmen zur Reform des § 218 StGB"

In der Reformdiskussion von 1972 wurde von vielen Seiten darauf hingewiesen, daß die in allen Reformvorschlägen enthaltene Beratung der schwangeren Frau die vorhandenen Beratungs- und sozialen Dienste vor große Schwierigkeiten stellen würde, einmal, weil sie der zu erwartenden Nachfrage kaum gerecht werden könnten, zum anderen aber auch, weil mit dieser Aufgabe neuartige Beratungsinhalte verbunden seien, für deren Berücksichtigung es an der notwendigen Erfahrung und an Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten fehle.

Die Bundesregierung hat deshalb bereits 1974 eine Konzeption für ein Modellprogramm „Beratungsstellen im Rahmen ergänzender Maßnahmen zur Reform des § 218 StGB" entwickelt, auf deren Grundlage seither eine Reihe von Beratungsstellen verschiedener Träger in allen Bundesländern gefördert und wissenschaftlich begleitet werden [33]). Das Beratungsangebot dieser Modellberatungsstellen umfaßt neben der gesetzlich vorgeschriebenen Beratung über soziale Hilfen und über ärztlich-medizinische Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs u. a. die Bereiche Familienplanung, psycho-soziale Konflikte in der Schwangerschaft, Sexualberatung und Beratung bei Partnerproblemen.

Ziel des Modellprogramms ist es, die Bekanntheit der Beratungsstellen insgesamt und ihrer inhaltlichen

[31]) Diakonisches Werk, 1974.

[32]) S. Keil in M. Koschorke/J. Sandberger, a.a.O.

[33]) Das Modellprogramm wird voraussichtlich Ende 1980 auslaufen. Die wissenschaftliche Begleitung wurde vom Zentrum für angewandte Psychologie (ZAP) in Nürnberg übernommen, das seinen abschließenden Erfahrungsbericht im Herbst 1980 vorlegen wird.

Arbeit zu fördern und die vielfältigen Beratungshilfen vor allem auch solchen Gruppen der Bevölkerung zugänglich zu machen, die sich bisher erfahrungsgemäß eher ablehnend verhalten und so in bestimmten Konfliktsituationen kaum erreicht werden können.

Das Angebot an Beratung soll durch eine angemessene personelle und materielle Ausstattung verbessert, die Effektivität durch Kooperation und Erfahrungsaustausch mit anderen Beratungsdiensten und Trägern sozialer und gesundheitlicher Hilfen gesteigert werden.

Die neuartigen Erfahrungen im Bereich der Schwangerschaftskonfliktberatung und deren Einbettung in andere, in diesem Zusammenhang relevante Beratungsfelder werden systematisch gesammelt und ausgewertet, um so die Entwicklung spezifischer Fort- und Weiterbildungskonzeptionen zu ermöglichen. Durch die Förderung dieses Modellprogramms soll eine breite Erfahrungsgrundlagen geschaffen werden, die von allen Trägern von Beratungsstellen für die Arbeit im Rahmen der Reform des § 218 StGB genutzt werden soll, so daß langfristig ein **plurales** Angebot an Beratung und Hilfe bereitgestellt werden kann, das den Bedürfnissen der Bevölkerung und vor allem der betroffenen Frauen entspricht.

4.3.3 Quantitative Dimensionen des Beratungsangebots [34])

Während die Modellberatungsstellen (MB) mit Inkrafttreten der gesetzlichen Neuregelung des § 218 StGB als anerkannte Beratungsstellen arbeiten konnten, nahmen die Nicht-Modellberatungsstellen (Nicht-MB) mit einer gewissen Zeitverzögerung ihre Tätigkeit auf. Die Anerkennungen dieser Beratungsstellen nahmen von etwa 300 bei Beginn der gesetzlichen Neuregelung auf rund 400 Ende 1977 zu. (1979: ca. 510 MB + Nicht-MB).

Tabelle 1 zeigt, daß nicht in allen Bundesländern ein plurales Angebot an Beratungsstellen vorhanden ist [35]). Auch werden Trägerschwerpunkte im Modellprogramm und bei den Nicht-MB innerhalb bestimmter Länder erkennbar [36]). Mehr als die Hälfte des Modellprogramms (in freier Trägerschaft) wird von Pro Familia abgedeckt. Dagegen unterhalten die konfessionellen Träger fast drei Viertel des Angebots an Nicht-MB (Pro Familia: 11 %). Die Anteilsquoten variieren dabei vor allen Dingen im kath. Trägerbereich. Gegenüber einer sehr geringen Repräsentanz in den Stadtstaaten Bremen und Berlin, im Saarland und in Schleswig-Holstein betragen die Anteile des kath. Trägers am Angebot an Nicht-MB in Bayern 75 %, Hessen 54 %, Rheinland-Pfalz 49 % und Baden-Württemberg 48 %.

Auf dem Hintergrund der realen Inanspruchnahme, die später noch trägerspezifisch dargestellt wird, ist zu fragen, ob diese Stellenverteilung dem realen Bedarf entspricht. Eine differenziertere Betrachtung des Beratungsstellenangebots hinsichtlich seiner regionalen Verteilung macht auf den wohl im gesamten psychosozialen Beratungs- und Betreuungsbereich feststellbaren Umstand aufmerksam, daß Gemeinden mit bis zu 50 000 Einwohnern, gemessen an ihrem Wohnbevölkerungsanteil, durch freie Träger unterversorgt sind. Die Sicherstellung eines wohnnahen Beratungsstellenangebots in den Ländern ist zum Teil nur über das Angebot kommunaler oder staatlicher Beratungseinrichtungen gewährleistet [37]). Die Chancen einer Frau, eine wohnnahe Beratungsstelle ihres Wunsches vorzufinden, sind ersichtlich von Bundesland zu Bundesland sehr verschieden.

4.3.3.1 Quantitative Dimensionen des Modellprogramms [38])

Das Modellprogramm ‚Beratungsstellen § 218' umfaßt 54 standortfeste und zwei ‚mobile' Beratungsstellen. Grundlagen der folgenden Betrachtung sind allerdings nur 46 (standortfeste) Modellberatungsstellen (MB) freier Träger, deren Verteilung nach Trägerschaft und Bundesländern in Tabelle 1 prozentual dargestellt wird.

Mit 54,3 % befindet sich die Mehrheit der MB in der Trägerschaft der Pro Familia. Diese Angebotsdominanz besteht mit Ausnahme des Saarlandes und Bayerns in allen übrigen Bundesländern. Bayern weist einen überproportional großen Anteil konfessioneller, vor allen Dingen kath. MB auf.

Die mit dem Modellprogramm avisierte Erprobung bestimmter organisatorischer Modellvarianten dürfte weitgehend ergebnislos bleiben, da sich die meisten der anfänglich abgedeckten Modellvarianten nicht in reiner Form erhalten haben. Kooperationserfordernisse bezüglich der Zusammenarbeit mit Ärzten, Krankenhäusern, kommunalen und karitativen Fürsorgeeinrichtungen sind für die MB in mehr oder weniger großem Umfang insgesamt tätigkeitsbestimmend geworden.

Bei ständiger Erhöhung der **Mitarbeiterzahl** seit Programmbeginn ist für das Jahr 1977 eine durchschnittliche Zahl von rd. neun Mitarbeitern je Stelle zu verzeichnen gewesen, wobei die Hälfte der MB zwischen sechs und zehn Mitarbeitern beschäftigte.

[34]) Die Beschreibung der quantitativen Dimensionen des Beratungsangebots freier Träger geht von einem Entwicklungsstand aus, wie er sich Ende 1977 dargestellt hat.

[35]) Vgl. auch Kapitel 2, Tab. 2, Abschn. 2.2.1.

[36]) Die Trägerschwerpunkte des Modellprogramms in den Ländern sind mit den obersten Landesbehörden und mit den Trägerverbänden abgestimmt worden.

[37]) Siehe dazu die Darstellung der Beratung in öffentlicher Trägerschaft in diesem Kapitel, Abschn. 4.4.

[38]) Dieser Abschnitt ist eine um die Angaben kommunaler MB bereinigte Zusammenfassung der Zwischenergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms ‚Beratungsstellen § 218'. Zur näheren Information vgl.: Nürnberger Zentrum für angewandte Psychologie (ZAP): Zweiter Zwischenbericht – Juli 1976 bis Juni 1978 –. Nürnberg, 1978.

Tabelle 1

Anerkannte Beratungsstellen freier Träger in den Bundesländern nach Trägern und Modellstatus differenziert, in Prozent (Stand: Ende 1977)

Land	Träger															
	Pro Familia		AW		Evangel. Träger		Kath. Träger		Sonstige Träger		zusammen		N		N	
	MB	N-MB	MB	N-MB	MB	N-MB	MB	N-MB	MB	N-MB	MB	N-MB	MB		N-MB	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Baden-Württemberg	57,1	6,9	14,3	6,9	14,3	37,9	–	48,3	14,3	–	100	100	7 (15,2)		58 (14,2)	
Bayern	11,1	–	–	–	22,2	25,0	55,5	75,0	11,1	–	100	100	9 (19,6)		8 (1,9)	
Berlin	100	3,6	–	34,5	–	36,4	–	–	–	25,5	100	100	1 (2,2)		55 (13,4)	
Bremen	100	–	–	–	–	100	–	–	–	–	100	100	1 (2,2)		1 (0,2)	
Hamburg	100	27,3	–	–	–	36,4	–	36,4	–	–	100	100	2 (4,3)		11 (2,7)	
Hessen	66,6	8,3	16,6	–	16,6	35,4	–	54,2	–	2,0	100	100	6 (13,0)		48 (11,7)	
Niedersachsen	100	9,7	–	4,9	–	46,3	–	39,0	–	–	100	100	4 (8,7)		41 (10,8)	
Nordrhein-Westfalen	60,0	18,7	10,0	7,1	30,0	33,9	–	37,5	–	1,8	100	100	10 (21,7)		112 (27,4)	
Rheinland-Pfalz	50,0	5,5	–	–	–	43,6	50,0	49,1	–	1,8	100	100	2 (4,3)		55 (13,4)	
Saarland	–	33,3	–	66,6	50,0	–	50,0	–	–	–	100	100	2 (4,3)		3 (0,7)	
Schleswig-Holstein	50,0	17,6	–	17,6	50,0	47,0	–	11,8	–	5,9	100	100	2 (4,3)		17 (4,1)	
Bundesgebiet	54,3	11,0	6,5	9,5	19,6	35,4	15,2	36,9	4,3	4,6	100	100	46 (100)		409 (100)	
MB N-MB	15,3		9,2		38,2		34,7		4,6		100		455 (100)			

Abkürzungen: MB = Modellberatungsstellen;
N-MB = Nicht-Modellberatungsstellen;
AW = Arbeiterwohlfahrt

Tabelle 2

Verteilung der Modell- und Nichtmodellberatungsstellen auf Gemeindegrößenklassen im Verhältnis zur Verteilung der Wohnbevölkerung auf Gemeindegrößenklassen [1]) nach Flächenstaaten

in %

Land		bis 10	10 bis 20	20 bis 50	50 bis 100	100 bis 200	200 bis 500	500 u. mehr	zusammen %	zusammen von n
Baden-Württemberg	MB	–	–	14,3	28,5	28,5	14,3	14,3	100	7
	NMB	–	10,3	37,9	25,9	13,8	8,6	3,4	100	58
	BSt	–	9,2	35,4	26,1	15,4	9,2	4,6	100	65
	WA	35,6	16,3	19,4	10,1	5,8	6,4	6,5	100	9119300
Bayern	MB	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	22,2	22,2	100	9
	NMB	–	–	25,0	62,5	12,5	–	–	100	8
	BSt	5,9	5,9	17,6	35,3	11,8	11,8	11,8	100	17
	WA	52,7	12,1	6,9	6,1	3,3	6,8	12,2	100	10804200
Hessen	MB	–	–	16,6	33,3	16,6	16,6	16,6	100	6
	NMB	10,4	20,8	14,6	12,5	20,8	12,5	8,3	100	48
	BSt	9,2	18,5	14,8	14,8	20,3	13,0	9,2	100	54
	WA	27,4	23,7	15,3	6,0	7,4	8,5	11,7	100	5540200
Niedersachsen	MB	–	–	–	–	50,0	25,0	25,0	100	4
	NMB	2,4	9,7	36,6	17,1	22,0	4,8	7,3	100	41
	BSt	2,2	8,9	33,3	15,5	24,4	6,7	8,9	100	45
	WA	26,5	18,0	22,7	7,5	12,0	3,7	7,6	100	7226900
Nordrhein-Westfalen	MB	–	–	–	20,0	–	70,0	10,0	100	10
	NMB	–	1,8	17,8	20,5	20,5	22,3	17,0	100	112
	BSt	–	1,6	16,4	20,5	18,8	26,2	16,4	100	112
	WA	3,9	10,1	21,1	15,1	10,7	18,7	20,3	100	17073200
Rheinland-Pfalz	MB	–	–	–	50,0	50,0	–	–	100	2
	NMB	23,6	18,2	20,0	16,4	21,8	–	–	100	55
	BSt	22,8	17,5	19,3	17,5	22,8	–	–	100	57
	WA	57,2	7,7	9,3	9,3	15,5	–	–	100	3649000
Saarland	MB	–	–	–	50,0	–	50,0	–	100	2
	NMB	–	–	66,6	–	–	33,3	–	100	3
	BSt	–	–	40,0	20,0	–	40,0	–	100	5
	WA	7,1	37,1	32,1	5,0	–	18,7	–	100	1089000
Schleswig-Holstein	MB	–	–	50,0	50,0	–	–	–	100	2
	NMB	11,8	11,8	11,8	5,9	–	58,8	–	100	17
	BSt	10,5	10,5	15,8	10,5	–	52,6	–	100	19
	WA	42,2	15,1	13,6	9,2	–	19,0	–	100	2582700
Bundesrepublik	MB	2,1	2,1	8,7	21,7	15,2	28,3	21,7	100	46
	NMB	5,1	8,3	19,8	16,1	15,4	12,0	23,2	100	409
	BSt	4,8	7,7	18,7	16,7	15,4	13,6	23,1	100	455
	WA	26,9	13,4	15,7	9,2	7,6	9,7	17,6	100	61443800

Abkürzungen:
MB = Modellberatungsstelle;
NMB = Nichtmodellberatungsstelle;
BSt = Beratungsstellen insgesamt;
WA = Wohnbevölkerungsanteil;
n = Absolutzahl
Gemeindegrößenklasse (in Tausend)

[1]) Quelle: Statistisches Jahrbuch deutscher Gemeinden 1977, S. 103.

Während in den Pro Familia/Arbeiterwohlfahrt (AW)-MB der auf Honorarbasis beschäftigte Arzt als Berater dominiert, sind es in den evgl. MB vor allen Dingen die vollzeitlich beschäftigten Psychologen, in den kath. MB dagegen ausschließlich Sozialarbeiter. Insgesamt ist auch ein bedeutsames Gefälle im Anstellungsstatus feststellbar, das von 74 % festangestellten Voll- und Teilzeitkräften im evgl. Trägerbereich über 42 % im kath. (und sonstigen) Trägerbereich auf 19 % bei Pro Familia und AW absinkt.

Entsprechend ist die **Personalfluktuation** unter den Honorarkräften anteilmäßig am größten gewesen.

Während die **Leitung der MB** bei evgl. Trägern entweder Psychologen oder Sozialarbeitern oblag (kath. MB: Sozialarbeiter), wurden 75 % der Pro Familia/AW-MB von Ärzten geleitet.

In der **festen Öffnungszeit** hielten kath. MB im Durchschnitt die meisten Stunden vor (kath. Träger: 33; ev. Träger: 30). Dem standen auf seiten der Pro Familia/AW-MB 19 Stunden gegenüber. Die MB mit kürzeren festen Öffnungszeiten bieten jedoch meist zusätzlich frei vereinbarte Sprechstunden an, so daß sich die dargestellten Unterschiede weitgehend ausgleichen.

Die 1977 erkennbare Stabilisierung im **Klientenaufkommen** hat sich bei etwa 70 000 Ratsuchenden eingependelt [39]). Diese Zahl dürfte wegen des umfangreichen und mittlerweile auch bekannten Angebots an Nicht-MB kaum noch steigen. Eher ist mit einer Abnahme zu rechnen.

Der 1977 erreichte Stand bildete die Spitze einer aufsteigenden Entwicklung, die vor allen Dingen durch eine über 80%ige Steigerung vom ersten zum zweiten Halbjahr 1976 (Inkrafttreten der gesetzlichen Neuregelung) gekennzeichnet ist. Dabei lassen sich für die MB verschiedener Träger folgende Durchschnittsfrequenzen (Ratsuchende je Monat und Beratungsstelle) für 1977 bestimmen:

Pro Familia/AW	ca. 180 Ratsuchende
Evang. Träger	ca. 50 Ratsuchende
Kath. Träger	ca. 47 Ratsuchende
Sonstige Träger	ca. 43 Ratsuchende

Wegen des unterschiedlichen Zeitaufwandes je Ratsuchendem (Pro Familia/AW/Evang. Träger: ca. zwei Stunden; kath. Träger: ca. siebeneinhalb Stunden) und der Relation von Beratungsstellenanteil und Klientenanteil bedürfen allerdings gerade die Daten zum Klientenaufkommen einer trägerspezifisch differenzierenden Betrachtung, da sich in ihnen auch unterschiedliche Beratungsansätze und Vorgehensweisen widerspiegeln.

Durch die seit Inkrafttreten der Reform wirksame Pflicht zur Beratung hat sich die Zusammensetzung der Klientel nach Alter, Geschlecht, Familienstand und Kinderzahl deutlich verändert. Sie entspricht zunehmend der Verteilung in der Bundesstatistik [40]).

[39]) Vgl. 2. Klientenbefragung, ZAP 1977. Die angegebene Zahl enthält allerdings auch die Fälle, die nicht der Beratung gemäß § 218 b zuzurechnen sind (etwa ein Viertel bis ein Drittel). Die Daten sind im übrigen schwer interpretierbar, da offensichtlich die den mitgeteilten Ergebnissen zugrundeliegenden Erhebungseinheiten ständig wechseln.

[40]) Siehe dazu Kapitel 3, Abschn. 3.4.2 und 3.4.3.

Die **Schichtzugehörigkeit** der Klientel der MB läßt sich aus den Angaben der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms nur angenähert bestimmen [41]). Danach betrug der Anteil der Klientel

— aus der Oberschicht (Ober- und obere Mittelschicht)	15 bis 25 %
— aus der unteren Mittelschicht	25 bis 35 %
— aus der Unterschicht	15 bis 25 %
— der Randständigen	bis 3 %
— der Ausländer (Gastarbeiterfrauen)	10 bis 20 %

Diese Angaben beziehen sich auf die Ratsuchenden aller Beratungsbereiche. Eine Aufschlüsselung nur im Bereich der Schwangerschaftskonfliktberatung würde vermutlich einen höheren Anteil der Unterschicht ergeben, weil diese Beratung für alle Betroffenen gleichermaßen obligatorisch ist, während die sonstigen Beratungsangebote auf freiwilliger Basis überwiegend von der Mittel- und Oberschicht angenommen werden.

Insgesamt bezog sich die Beratungstätigkeit in den MB zu 60 bis 75 % auf Konfliktschwangerschaften. Dabei hat Familienplanung in unterschiedlichem Ausmaß bei etwa jeder zweiten Klientin stattgefunden [42]).

Für die Schwangerschaftskonfliktberatung betrug der **Zeitaufwand** zu einem Viertel unter einer Stunde und zu knapp einem Viertel mehr als drei Stunden. Kath. MB weichen von dieser Gesamtverteilung allerdings deutlich ab. Bei einem durchschnittlichen Zeitaufwand von siebeneinhalb Stunden drückt sich hierin zum einen der besondere Beratungsansatz kath. Beratungsstellen aus. Zum anderen kommt darin eine Vorselektion der Klientel zum Ausdruck, die sich hinsichtlich ihrer Ambivalenz unterschiedlich auf die Beratungsstellen verschiedener Träger verteilt.

4.3.3.2 Das Angebot an Nicht-Modellberatungsstellen (Nicht-MB) [43])

Mit Inkrafttreten der Neuregelung des § 218 StGB wurden neben den in einzelnen Bundesländern qua Modellstatus anerkannten Stellen zusätzliche Beratungsstellen freier Träger in unterschiedlichem Ausmaß anerkannt.

Die von einigen Ländern geübte Praxis, zunächst verstärkt auf das Beratungsangebot staatlicher und kommunaler Einrichtungen zurückzugreifen, hat die Anerkennung von Beratungsstellen freier Träger mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung einsetzen lassen. Eine erkennbare Stabilisierung in den Anerkennungszahlen war erst im 2. Halbjahr 1977 feststellbar.

Daß konfessionelle Träger etwa drei Viertel des Angebots an Nicht-MB unterhalten, hat sich, wie der Vergleich in Tabelle 3 zeigt, trotz der Zunahme an anerkannten Beratungsstellen insgesamt im Jahre 1977 kaum verändert [44]).

[41]) Vgl. ZAP: Zweiter Zwischenbericht 1978.

[42]) Die Konzeption des Modellprogramms sah dagegen vor, daß bei jeder Schwangerschaftskonfliktberatung Fragen der Familienplanung angesprochen werden sollten.

[43]) Die Angaben dieses Abschnittes basieren auf den Ergebnissen einer Stichprobenerhebung (schriftliche Befragung) bei Nicht-MB vom September 1977 (n = 93), Tätigkeitsberichten einzelner Stellen und Träger sowie amtlichen Verzeichnissen und Erfahrungsberichten.

[44]) 1979 betrug der Anteil der konfessionellen Träger an Nicht-MB ca. 72 %; (Pro Familia 13 %, AW 9 %).

Tabelle 3

Anerkannte Nicht-Modellberatungsstellen freier Träger zu Beginn und am Ende des Jahres 1977, sowie in Klammern zur Ergänzung der entsprechende Stand von 1979

Träger	Zahl der anerkannten Beratungsstellen				
	Anfang 1977		Ende 1977		(Mitte 1979)
	absolut	%	absolut	%	
Pro Familia	40	*13,0*	45	*11,0*	(60)
Arbeiterwohlfahrt	21	*6,9*	39	*9,5*	(43)
Evang. Träger	123	*40,2*	155	*37,9*	(156)
Kath. Träger	107	*35,0*	151	*36,9*	(177)
Sonstige Träger	15	*4,9*	19	*4,6*	(28)
zusammen	306	*100,0*	409	*100,0*	(464)

Die nicht-kath. Beratungsstellen haben durchschnittlich vier bis fünf **Mitarbeiter.** Fast drei Viertel der Beratungsstellen sind mit bis zu fünf Mitarbeitern besetzt, knapp 20 % haben zwischen sechs und zehn Mitarbeiter und etwa 10 % weisen elf und mehr Mitarbeiter auf. Dies sind Sozialarbeiter (32,3 %), Psychologen (22,1 %), sonstige Berater (16,1 %), Hilfskräfte (15,6 %) und Ärzte (13,7 %). Dieses Bild bedarf allerdings, wie für die MB bereits dargestellt, einer trägerspezifischen Differenzierung. Es ist festzuhalten, daß die Pro Familia/Arbeiterwohlfahrt (AW)-Beratungsstellen einen erheblich höheren Anteil an ärztlichen Mitarbeitern aufweisen, die allerdings nahezu ausschließlich auf Honorarbasis beschäftigt sind.

Evangelische Beratungsstellen beschäftigen überdurchschnittlich oft Psychologen, dies zudem in etwa 60 % der Fälle im Vollzeitstatus.

Für den kath. Trägerbereich läßt sich nach dessen eigenen Feststellungen die Besetzung der Beratungsstellen mit (überwiegend Vollzeit-)Sozialarbeitern als typisch beschreiben.

Eine Gesamtzahl der Ratsuchenden in Nicht-MB läßt sich für 1977 nicht angeben, da die verfügbaren Daten (Eigenerhebung, Trägerberichte, Angaben der Länderministerien) keine eindeutige Fehlerkontrolle zulassen. Eine Reihe von Beratungsstellen hat erst relativ spät damit begonnen, eine eigene Statistik für die Klientel der Schwangerschaftskonfliktberatung anzulegen. Die nachfolgend wiedergegebenen Zahlen spiegeln deshalb zunächst nur einen Trend wider.

In 76 Beratungsstellen freier Träger hat sich die folgende Zunahme der **Klientenzahlen** von 1976 nach 1977 ergeben (ohne kath. Stellen):

Etwa ein Drittel der Stellen hatte eine Steigerung bis zu 100 % zu verzeichnen, bei der Hälfte der Stellen stiegen die Klientenzahlen um 100 bis 150 %; in jeder 5. Stelle stiegen die Zahlen um mehr als 150 % (vereinzelt bis über 300 %). Die größten Steigerungsraten wurden dabei von Pro Familia-Beratungsstellen verzeichnet, die zu fast 90 % auf eine Steigerungsrate von 100 % und mehr kamen und immerhin noch zu 45 % auf eine Rate von 200 % und mehr [45]).

[45]) Diese Werte bedürfen allerdings insofern einer starken Relativierung, als sie von zum Teil sehr unterschiedlichen Basiszahlen (in der monatlichen Durchschnittsfrequenz) ausgehen.

Da die **Schichtzugehörigkeit** vielfach nicht eindeutig zu bestimmen ist und die Angaben oft unvollständig sind, können im folgenden nur gewisse Trends in der Zusammensetzung der Klientel aufgezeigt werden.

Der Ausländeranteil ist seit Inkrafttreten der Reform in den Nicht-MB auf einen Wert zwischen 15 und 20 % angestiegen. Dieser Anteil variiert je nach Lage der Beratungsstelle. Der angegebene Oberschichtanteil [46]) liegt fast überall unter 25 %. Der Mittelschichtanteil hat erkennbar zugenommen. Faßt man Ober- und Mittelschicht zusammen, so ergibt sich im zeitlichen Verlauf ein leicht abnehmender Anteil dieser Gruppe. Dem korrespondiert die Zunahme in der Gruppe der Unterschicht, wobei der Anteil der untersten Unterschicht (Randständige) nahezu konstant geblieben ist [47]).

4.3.4 Qualitative Aspekte der Beratung im Schwangerschaftskonflikt

Die quantitativen Dimensionen des Beratungsangebots im Schwangerschaftskonflikt sagen selbstverständlich noch nichts über die qualitativen Momente dieser Beratung aus. Die Qualität der Beratung ist daran zu messen, ob der Frau im Rahmen der je spezifischen Beratungsbedingungen so geholfen wird, daß die Beratung Entscheidungshilfe und Unterstützung in der von ihr zu verantwortenden und zu tragenden Lösung ist.

Der Umgang des Beraters und der schwangeren Frau mit dem Konflikt, der oft nicht nur ein Konflikt auf der individuellen Ebene, sondern letztlich Ausdruck einer abweichenden Haltung gegenüber herrschenden gesellschaftlichen Normen ist, prägt wesentlich das Ergebnis der Beratung.

Die Art und Weise, wie der Berater die institutionellen Bedingungen der Beratung, den gesetzlichen Auftrag und sein persönliches ‚Beratungskonzept' in Übereinstimmung zu bringen versucht, und die Art und Weise, wie die mit unterschiedlichsten persönlichen Voraussetzungen in die Beratung kommenden Frauen ihre Haltung zu ihrer Schwangerschaft im Gespräch offenlegen, prägen maßgeblich Verlauf und Ergebnis der Beratung.

[46]) Hier: Oberschicht + obere Mittelschicht.

[47]) Vgl. die Daten der MB, Abschnitt 4.3.3.1.

Die äußeren Bedingungen der Beratung wirken sich oft unmittelbar auf die Tätigkeit des Beraters aus. Belastende Beeinflussungen sind am deutlichsten im Personalbereich der Beratungsstellen, konkret im Anstellungsstatus der Mitarbeiter feststellbar. Während sich Defizite in der räumlichen und sächlichen Ausstattung und Versorgung bis zu einer gewissen Grenze kompensieren lassen, ist der Anstellungsstatus eines Mitarbeiters mittel- und langfristig gesehen eine motivationsrelevante Variable, die sich entscheidend auf das Engagement des Beraters auswirken kann. Die Beratungsstellen mit der größten Frequentierung (Pro Familia) weisen den geringsten Anteil hauptamtlich beschäftigter Mitarbeiter auf. Die ungünstigen Anstellungsbedingungen erschweren nachweislich eine längerfristige Arbeitsplanung, die Entwicklung von Konzepten und die Schaffung eines arbeitsfähigen Teams. Sie können langfristig nicht ohne Einfluß auf die subjektive Arbeitshaltung des Beraters bleiben.

Die zur physischen Belastung hinzukommende psychische Belastung, die aus dem vielfältigen Widerspruchserlebnis zwischen Anspruch und Möglichkeiten der Schwangerschaftskonfliktberatung resultiert, bildet sich in solchen Beratungsstellen besonders heraus, in denen sich die Probleme der Ratsuchenden so stark kumulieren, daß für deren Lösung nur in den seltensten Fällen die gesetzlich vorgesehenen öffentlichen und privaten Hilfen vermittelbar und angemessen erscheinen.

Es muß als gesichert angesehen werden, daß – wenn auch trägerunterschiedlich – der Widerspruch zwischen den Ansprüchen der auf Freiwilligkeit angewiesenen psychosozialen Beratung und den tatsächlichen Möglichkeiten der obligatorischen Beratung gemäß § 218 b StGB wesentlich stärker als räumliche oder sächliche Faktoren das Beratungsgeschehen beeinflußt.

4.3.4.1 Die Qualifikation der Berater [48])

Aufgrund der relativ kurzen Zeit des Bestehens eines Großteils der Schwangerschaftskonflikt-Beratungsstellen ist die spezifische Berufserfahrung der Berater häufig noch sehr gering. Eine Ausnahme bilden die Beratungsstellen der Pro Familia, die im allgemeinen eine erheblich längere Existenz aufweisen und deren Arbeit sich durch die Reform des § 218 StGB häufig nur insofern veränderte, als der Prozentsatz der jetzt gesetzlich vorgeschriebenen Schwangerschaftskonflikt-Beratung deutlich angestiegen ist. Da sich jedoch als Folge des bei der Pro Familia üblichen Systems der stundenweisen Anstellung eine größere Personalfluktuation ergeben hat, ist auch innerhalb dieses Trägerbereichs die Zahl der Mitarbeiter mit langjähriger, spezifischer Berufserfahrung relativ gering. Diese hohe Personalfluktuation bei den Mitarbeitern der Pro Familia wird auch von der wissenschaftlichen Begleitung der Modellberatungsstellen registriert und zu einem Teil auf die entstandene Arbeitsüberlastung zurückgeführt.

Nach Auffassung der Kommission dürfte sich allerdings die unzureichende wirtschaftliche Absicherung qualifizierter Berater in einem Verband ohne finanzielle Eigenmittel und rechtlich abgesicherte öffentliche Zuwendungen gravierender auswirken [49]).

Ebenso wie die Verwaltungstätigkeit eines Sozialarbeiters oder die diagnostische Tätigkeit eines Psychologen ist auch die Praxis- oder Klinikarbeit eines Arztes nicht von vornherein als berufsqualifizierend für die Schwangerschaftskonflikt-Beratung anzusehen.
Vielmehr zeigt sich, daß in Einzelfällen Beratern durch eine derartige bisherige Berufstätigkeit die Schwangerschaftskonflikt-Beratung zu einer Fortsetzung bisheriger Tätigkeiten und nicht zu einer den Erfordernissen der psychosozialen Konflikt-Beratung Rechnung tragenden und auf die Frau hin orientierten Beratung gerät.

Viele Berater fanden in der Beratung nach § 218 b ihre erste Berufstätigkeit nach der Ausbildung. Zur Berufsausbildung gehörte jedoch nur bei einem geringen Prozentsatz der Berater eine Ausbildung in Gesprächs- oder Beratungstechnik. Dort, wo diese Ausbildungsangebote bestanden, waren sie fast ausschließlich fakultativ. Insgesamt bedeutet dies, daß der größte Teil der Schwangerschaftskonflikt-Berater einen schwierigen Beratungsbereich ohne eine allgemeine oder spezielle Beratungsausbildung übernehmen mußte.

Über die Motivation zur Ausübung dieser Beratung war erwartungsgemäß keine allgemeingültige Aussage möglich. Die Aussagen der Berater hierüber lassen sich jedoch grob in drei Gruppen aufteilen:

— Beraterinnen, die aus der Frauenbewegung kommen, machten deutlich, daß es ihnen vordringlich um die intensive Arbeit mit Frauen gehe
— die gegenüber anderen Tätigkeitsbereichen angenehmere Arbeits- und Teamatmosphäre einer Beratungstätigkeit wurde von anderen Beratern als entscheidender Grund genannt
— der Wunsch, bei angespannter Arbeitsmarktlage überhaupt eine Stelle zu bekommen, war für die dritte Gruppe der Berater der Grund für die Übernahme dieser Tätigkeit.

Aus diesen Gründen erscheint eine intensive Aus- und Fortbildung in psychosozialer Konfliktberatung dringend geboten. Diese Forderung deckt sich in hohem

[48]) Die folgenden Ausführungen können sich auf 3 Datenquellen stützen:
— die Berichte des Nürnberger Zentrums für angewandte Psychologie, beauftragt mit der wissenschaftlichen Begleitung der Modellberatungsstellen (Mb)
— 75 von Nicht-Modellberatungsstellen freier Trägerschaft (Nicht-Mb) beantwortete Fragebögen, jedoch ohne den kath. Trägerbereich, da aus diesem Bereich keine Bögen beantwortet wurden
— 23 Interviews mit Beratern nordrhein-westfälischer Beratungsstellen in freier Trägerschaft; hier waren 4 Interviews mit Beratern kath. Beratungsstellen in verschiedenen Diözesen möglich.

[49]) Es sei auch darauf hingewiesen, daß eine fast ausschließliche Beanspruchung in der Schwangerschaftskonflikt-Beratung für viele Berater eine starke psychische Belastung darstellt, die schließlich zur Wahl eines anderen beruflichen Tätigkeitsbereiches führen kann. Um eine Kompensation für die spezifischen Belastungen der Schwangerschaftskonflikt-Beratung zu erreichen, wird deshalb in vielen Beratungsstellen eine Erweiterung der Beratungsaufgaben – z. B. im Bereich der Sexualpädagogik – angestrebt.

Maße mit den Wünschen der Berater, die aufgrund ihrer eigenen Beratungserfahrung auf eine Intensivierung insbesondere der Angebote zum Erfahrungsaustausch, zur Selbsterfahrung und zu einer an den Bedürfnissen der Ratsuchenden orientierten Gesprächsführung drängen.

4.3.4.2 Methoden der Schwangerschaftskonfliktberatung

Die Art und Weise, wie die Berater in der Schwangerschaftskonflikt-Beratung methodisch vorgehen, und ob überhaupt eine methodische Orientierung vorhanden ist, bzw. durchgehalten werden kann, ist im wesentlichen von folgenden Faktoren abhängig:

— Von den subjektiven Voraussetzungen der Ratsuchenden, die häufig mit Gefühlen der Angst, Unsicherheit, Abivalenz, vor allem aber auch Vorentschiedenheit zu kennzeichnen sind. Dabei prägt der Zwangscharakter der Beratung gemäß § 218 b maßgeblich die Voreinstellung der Ratsuchenden, die sich oft in diffuser Diskriminierungs-, Prüfungs- oder Rechtfertigungserwartung ausdrückt;

— vom subjektiv für richtig gehaltenen – und damit häufig in Dissens zu gesetzlichen Intentionen stehenden – Beratungsansatz des einzelnen Beraters;

— von den objektiven Möglichkeiten, die eine Beratung im Schwangerschaftskonflikt als flankierende Maßnahme zur strafrechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs hat, wobei ein Widerspruch zwischen in der Praxis erprobter Beratung und wissenschaftlich abgeleitetem Beratungsverständnis einerseits und politisch verordnetem Beratungsverständnis andererseits besteht.

Auf diesem Hintergrund muß das Ergebnis der Befragung von Nicht-MB gesehen werden, aus dem hervorgeht, daß ca. 75 % der Berater angaben, mit einer bestimmten methodischen Orientierung an die Schwangerschaftskonflikt-Beratung heranzugehen. Als die am häufigsten genannte Methode erwies sich die klientenzentrierte Gesprächsführung [50]). Mit Ausnahme der noch relativ häufig genannten offenen Gesprächsführung, die wie die klientenzentrierte Gesprächsführung das Prinzip der Nicht-Direktivität betont, waren alle anderen Beratungsansätze für die Beratung nach § 218 b nahezu bedeutungslos. Diese klare Entscheidung der Berater für eine Form der nicht-direktiven Beratung entspricht einem emanzipationsorientierten Beratungsansatz, der die eigenverantwortliche, d. h. nicht fremdbestimmte Entscheidung der betroffenen Frau in den Mittelpunkt der Beratungsarbeit stellt.

Der Beginn der Beratung wird zunächst vor allem durch das Verhalten der Klientin bestimmt. Wenn sie die Gründe für ihre Konfliktlage oder für ihre Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch offen schildern kann, so kann der Berater seinerseits mit Offenheit und Einfühlung auf die Frau zugehen. Wenn jedoch das Verhalten der Frau von Angst und Verunsicherung bestimmt ist, sind der Einstieg in die Beratung und eine klientenzentrierte Gesprächsführung sehr viel schwieriger. Die Unsicherheit über die weiteren Stationen des Anerkennungsprozesses ist zwar nach Angaben der Berater relativ schnell auszuräumen, die Angst vieler Frauen vor der Beratung, die sie häufig als Begutachtungsverfahren mißverstehen, führt jedoch zu Gesprächen, bei denen die Frau aus Angst, etwas Falsches sagen zu können, schweigt oder nur einsilbige Antworten gibt. Einige Berater des evgl. und des nichtkonfessionellen Trägerbereichs versuchen, solche Situationen durch die sofortige Ausfüllung oder die Zusage der Ausfüllung der Beratungsbescheinigung zu „entkrampfen", um überhaupt die Möglichkeit eines intensiven Gespräches zu bekommen [51]).

In dieser Situation wird sehr deutlich, daß die wichtigen Aufgaben der Information über den gesetzlichen Weg zum legalen Schwangerschaftsabbruch und des Angstabbaus in der Mehrzahl der Fälle vom Arzt, der fast ausschließlich von den Frauen zuerst aufgesucht wird, nicht oder nur unzureichend erfüllt werden. Die Berater aller Trägerbereiche bemühen sich in der Beratung um ein Verhalten, das durch Zuhören, Einfühlen und Akzeptieren der Klientin gekennzeichnet ist. Diese Einheitlichkeit geht jedoch bei der Frage der Einbeziehung eigener Wertvorstellungen abrupt zuende.

Im **kath.** Trägerbereich [52]) werden die Klientinnen mit den Wertvorstellungen des Beraters konfrontiert, die zum Ziel haben, die Frau zum Austragen der Schwangerschaft zu bewegen.

Dieses Vorgehen fand sich auch in Einzelfällen in Beratungsstellen des **evgl.** Trägerbereichs, insbesondere dann, wenn Frauen aus Gründen, die der Berater nicht akzeptieren konnte, einen Schwangerschaftsabbruch anstrebten. Grundsätzlich kann jedoch über den evgl. sowie den **Pro Familia-** und **AW**-Bereich gesagt werden, daß die Berater die Entscheidung der Frau als für sie selbst richtig und aus der je individuellen Lebenssituation heraus begründet akzeptierten oder versuchten, ambivalent eingestellte Frauen zu eigenverantwortlichen Entscheidungen zu bringen und ihnen zu helfen, diese Entscheidungen dann auch tragen zu können.

Die sozialen Hilfsmöglichkeiten werden von den meisten Beratern des evgl. und des nichtkonfessionellen Trägerbereichs möglichst erst gegen Ende der Beratung angesprochen, um der Frau nicht das Gefühl zu geben, dem Berater gehe es lediglich darum, sie von ihrem Abbruchswunsch, der in der Mehrzahl der Fälle explizit vorliegt, abzubringen.

Auch bei der Frage der Konflikterhellung zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Beratern des evgl. und des Pro Familia/AW-Bereichs einerseits und Beratern des kath. Trägerbereichs auf der anderen Seite. Die interviewten kath. Beraterinnen sahen den Schwangerschaftsabbruch aus psycho-sozialen Gründen immer als Scheinlösung an, da die ursächliche Störung, die für diese Fehlentscheidung verantwortlich sei – die gestörte Persönlichkeit oder Partnerschaft – dadruch nicht beseitigt werde.

Dagegen wird von Beratern im Bereich der nichtkirchlichen freien Träger sowie im evgl. Trägerbereich ein Schwangerschaftsabbruch häufig als konfliktentschärfend oder sogar konfliktlösend angesehen.

[50]) C. Rogers: Die nicht-direktive Beratung, München 1972. Vgl. auch Abschnitt 4.4.5.3.

[51]) Siehe auch M. Koschorke/J. Sandberger, a.a.O.

[52]) In den vier an dem Projekt beteiligten Beratungsstellen.

Die Beratung endet in Beratungsstellen evgl. Träger ebenso wie in Stellen der Pro Familia und AW zu 80 bis 100 % mit der Ausstellung der Beratungsbescheinigung und anschließenden konkreten Verfahrenshilfen, wie z. B. Nennung oder Vermittlung von Ärzten die eine Notlage-Indikation stellen, bzw. ambulant Schwangerschaftsabbrüche durchführen, sowie ggfs. mit der Überweisung in ein Krankenhaus.

Den Beratern des kath. Trägerbereichs ist die Ausstellung einer Beratungsbescheinigung zwar gestattet, weitergehende Hilfen – wie die oben genannten – sind ihnen jedoch nach den bischöflichen Richtlinien untersagt. Diese bestehende Einschränkung beraterischer Hilfe wiegt in den katholischen Beratungsstellen jedoch nicht so schwer, da gerade die Stellen dieses Trägerbereichs von vielen Frauen aufgesucht werden, die ohnehin den Wunsch haben, die Schwangerschaft fortzusetzen, die jedoch nicht wissen, wie sie es trotz wirtschaftlicher oder persönlicher Schwierigkeiten schaffen sollen.

Nach diesen Erfahrungen ist zu vermuten, daß die Frauen im allgemeinen eher diejenigen Beratungsstellen aufsuchen, die ihnen nach der selbstgetroffenen Entscheidung am wahrscheinlichsten helfen können.

4.3.4.3 Aus- und Fortbildung der Berater

Das bisherige Fortbildungsangebot deckt insgesamt nicht den steigenden Bedarf. Zudem ist das Angebot aufgrund unterschiedlicher Finanzierung der Fortbildungskurse ungleichmäßig zuungunsten der Berater der Nichtmodellberatungsstellen verteilt.

Tabelle 4

Fortbildungsträger und Anzahl der Mitarbeiter von Modellberatungsstellen mit Fortbildungsteilnahme

Fortbildungsträger	Anzahl der Teilnehmer
Pro Familia	274
Kath. Fortbildungsträger	87
Evang. Fortbildungsträger	56
DAJEB [1])	32
Andere Veranstaltungen	159
ZAP [2])-Trainings	124

[1]) DAJEB = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugend- und Eheberatung

[2]) ZAP = Nürnberger Zentrum für angewandte Psychologie

Ein Vergleich der in Tabelle 4 vorgestellten Zahlen mit der Zahl der Mitarbeiter in Modellberatungsstellen ergibt, daß durchschnittlich jeder Mitarbeiter einer Modellberatungsstelle mindestens einmal an einer Fortbildungsveranstaltung teilgenommen hat. Im Bereich des Modellprogramms stehen ausreichende Ausbildungsmöglichkeiten der verschiedenen Träger zur Verfügung, während es für Nicht-Modellberatungsstellen freier Träger ein ebenso intensives Fortbildungsangebot nicht gibt.

Trotz eingeschränkter finanzieller Möglichkeiten bietet die **Pro Familia** ihren Mitarbeitern ein Fortbildungsprogramm, das zwar quantitativ nicht ausreicht [53]), jedoch in der Breite seiner Angebote als beispielhaft angesehen werden kann: Seit Jahren ist ein Ärztekurs für alle bei der Pro Familia arbeitenden Ärzte obligatorsich. Zwei je einwöchige Kurse in Schwangerschaftskonfliktberatung sollen von möglichst vielen Mitarbeitern der Beratungsstellen besucht werden. Zusätzlich zu einem neu eingerichteten Grundkurs für neue Mitarbeiter werden zweitägige Sprechstundenhilfe-Kurse eingerichtet. Auf dem Gebiet der Ausländerberatung wird versucht, mit Hilfe von Dolmetschern, die konkret in die Beratungsarbeit miteinbezogen werden sollen, eine effektivere Beratung dieser Zielgruppe zu ermöglichen. Ein weiterer Schwerpunkt der kommenden Fortbildungsveranstaltungen soll die Konfliktberatung in sozialen Brennpunkten sein. Trotz geringer Mittel und unsicherer Perspektiven aufgrund nur kurzfristiger Finanzierungsmöglichkeiten der Pro-Familia-Fortbildungstätigkeit ist es hier gelungen, besondere Problemfelder herauszuarbeiten und Ansätze zur Lösung dieser Probleme ins Fortbildungsangebot zu integrieren. Zusätzlich zu den Angeboten des Bundesverbandes wird das Fortbildungsangebot durch einzelne Veranstaltungen der Landesverbände ergänzt.

Im Bereich der **evgl. Kirche** wird eine zweieinhalbjährige allgemeine Beraterausbildung durch das Evgl. Zentralinstitut in Berlin angeboten. Die Ausbildung ist in fünf je zweiwöchige Seminare aufgegliedert. Außerdem fanden bisher zweimal jeweils einwöchige spezielle Kurse mit insgesamt 38 Teilnehmern statt. Zusätzlich zu diesem bundesweiten Angebot werden – zumeist von den Diakonischen Werken der einzelnen Landeskirchen – ein- bis zweitägige Veranstaltungen angeboten, in denen neben dem Erfahrungsaustausch vor allen Dingen persönliche Probleme des Beraters mit der Schwangerschaftskonflikt-Beratung in Selbsterfahrungsgruppen bearbeitet werden.

Aus- und Fortbildungsveranstaltungen für die Berater im **kath. Trägerbereich** werden bundesweit innerhalb einer zweijährigen Beraterausbildung angeboten. Zusätzlich gibt es – ebenfalls bundesweit – Kurzkurse (5 Tage) über spezielle Beratungsformen. Innerhalb der Diözesen finden meist einmal im Monat obligatorische Fortbildungsveranstaltungen mit dem Ziel des Erfahrungsaustausches sowie mit Diskussionen sozialer Hilfen und ethisch-theologischer Fragen statt. Zwei je dreitägige Selbsterfahrungsveranstaltungen pro Jahr ergänzen dieses Angebot. Insgesamt wird in den Fortbildungskonzepten dieses Trägerbereichs ein starker Akzent der Ausbildung auf die Darstellung und Erörterung der Umsetzbarkeit religiöser Grundanschauungen und Wertmaßstäbe in die Beratung gelegt, so daß ein Vergleich mit den Fortbildungskonzepten anderer Träger kaum möglich ist.

Es muß jedoch für alle drei genannten Trägerbereiche gesagt werden, daß die **spezifischen** Aus- und Fortbil-

[53]) Die Platzverknappung wird verstärkt durch die zusätzliche Nachfrage von Beratern anderer Träger, die selbst keine Fortbildungsangebote organisieren (z. B. Arbeiterwohlfahrt).

dungsangebote im allgemeinen nicht obligatorisch sind und daß deshalb Frauen im Schwangerschaftskonflikt manchmal von Personen beraten werden, die während ihrer Ausbildung keinerlei Beratungstechniken kennengelernt haben und im Laufe ihrer beruflichen Tätigkeit möglicherweise nur an **einer** (mehrstündigen) Fortbildungsveranstaltung teilgenommen haben.

Fortbildungskonzepte für die Konfliktberatung sollten im übrigen weniger auf Expertenvorträgen als vielmehr auf Selbsterfahrung mit Supervision, Selbststudium und Erfahrungsaustausch mit anderen Beratungsstellen aufbauen, da dies auch die lokalen und regionalen Bedingungen der Beratung berücksichtigt und die Kooperationsmöglichkeiten verbessert.

4.3.5 Die Durchführung der Schwangerschaftskonfliktberatung

4.3.5.1 Zeitpunkt und Dauer der Beratung

Die Zeit der subjektiven und objektiven Feststellung der Schwangerschaft reicht – nach Angaben von betroffenen Frauen – von der 1. bis zur 12. Schwangerschaftswoche, wobei mehr als die Hälfte der Frauen die Beratungsstelle erst im zweiten und immerhin noch ein knappes Drittel erst im 3. Schwangerschaftsmonat aufsucht. Dabei vergehen zwischen der Feststellung der Schwangerschaft und dem Aufsuchen der Beratungsstelle bis zu sechs Wochen und mehr. Etwa die Hälfte der Schwangeren sucht die Beratungsstelle in einem Zeitraum bis zu drei Wochen nach Feststellung der Schwangerschaft auf. Der Zeitdruck in der Schwangerschaftskonflikt-Beratung ergibt sich auch daraus, daß ca. 70 % der zum Abbruch entschlossenen Frauen im 2. Schwangerschaftsmonat und 20 % erst im Laufe des 3. Monats die Beratungsstelle aufsuchen.

Die Dauer der psychosozialen Konfliktberatung variiert in Abhängigkeit vom jeweiligen Träger sehr stark. Insbesondere in kath. Beratungsstellen wird eine sehr hohe durchschnittliche Beratungsdauer erreicht.

Die hohe Zahl der Beratungsstunden hängt nach Aussagen der interviewten kath. Beraterinnen damit zusammen, daß ein sehr großer Teil der Ratsuchenden der Schwangerschaft ambivalent oder positiv gegenübersteht, so daß in vielen Fällen Beratungen zusammen mit dem Partner und das Durchsprechen privater sowie öffentlicher Hilfsangebote die Entscheidung zum Austragen der Schwangerschaft bewirken. Außerdem kämen viele Frauen ohnehin erst nach Ablauf des 3. Monats, so daß die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs in den meisten dieser Fälle gar nicht mehr gegeben sei und statt dessen die Vermittlung von Hilfen im Mittelpunkt stehe. Eine weitere Folge der langen Beratungszeit und der intensiven Beratung ist jedoch ein Anstieg der vorzeitig abgebrochenen Beratungen, so daß der weitere Weg der Klientinnen nicht mehr verfolgt werden kann [54]).

[54]) Aus einer Veröffentlichung des Caritasverbandes über die katholischen Beratungsstellen geht hervor, daß von den schwangeren Frauen, die 1978 innerhalb der ersten drei Monate der Schwangerschaft zur Beratung kamen, 31 % das Kind bekamen und 27 % einen Abbruch durchführen ließen. Bei 42 % blieb der Augang der Schwangerschaft unbekannt.

4.3.5.2 Vermittlung von Hilfen

Bei der Schwangerschaftskonflikt-Beratung stehen im allgemeinen folgende Themen im Mittelpunkt:

- Beratung über soziale Hilfen
- Familienplanungsberatung
- Information über den gesetzlich vorgeschriebenen Weg bis zum Abbruch sowie gegebenenfalls Vermittlung von Ärzten und Krankenhäusern [55]).

Der größte Teil der Berater des evgl. und des nichtkirchlichen Trägerbereichs hält die sozialen Hilfen für unzureichend (Pro Familia und AW 82 %, evgl. Beratungsstellen 69 %). Obwohl nur wenige Daten über kath. Beratungsstellen erhoben werden konnten, kann davon ausgegangen werden, daß auch in diesem Trägerbereich die sozialen Hilfen als unzureichend kritisiert werden. Kath. Beratungsstellen können jedoch – neben den allen Beratungsstellen zur Verfügung stehenden allgemeinen Hilfen – auf besondere kirchliche Mittel zurückgreifen [56]).

Tabelle 5 macht deutlich, in welch geringem Umfang die sozialen Hilfen überhaupt angeboten werden konnten. Bei 9500 Beratungen in den 75 Nicht-Mb-Stellen innerhalb des 15monatigen Erhebungszeitraums kam nicht einmal jede zehnte Ratsuchende für ein soziales Hilfsangebot in Frage [57]). In zwei von drei Beratungsstellen konnten während des gesamten

Tabelle 5

Von Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen verschiedener Träger vermittelte Hilfen, in % der Klientel

Vermittelte Hilfe	Trägerbereich		
	NMB (N=75)[1]) in %	MB (N=52)[2]) in %	Kath. Träger [3]) (N unbekannt) in %
Adoption	unter 1	2	3
Sachhilfen, kirchliche Hilfen	unter 1	16	30
Öffentliche Hilfen	1	5	11
Wohnraumbeschaffung	unter 1	1	8
Unterbringung von Mutter bzw. Mutter und Kind	unter 1	3	6
Unterbringung des Kindes in Heim/Pflegefamilie/Kinderkrippe	unter 1	1	2

[1]) Nur NMB der Träger Pro Familia, Arbeiterwohlfahrt und der evang. Kirche

[2]) Alle Träger; ermittelt nach den Angaben der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms (vgl. ZAP – Klientenbefragung 1977)

[3]) Angaben einer Eigenerhebung des Deutschen Caritasverbandes für MB und NMB in den verschiedenen Diözesen (vgl. Deutscher Caritasverband 1978).

[55]) Nicht in katholischen Stellen.

[56]) Vgl. dazu Kapitel 12, Abschn. 12.1.3.1.

[57]) Vgl. dazu die Ergebnisse der Umfrage bei betroffenen Frauen, Kapitel 9, Abschn. 9.4 und die kritische Würdigung der sozialen Hilfen, Kapitel 11, Abschn. 11.7.

Erhebungszeitraums weder die Unterbringung von Mutter und Kind noch Sachhilfen oder soziale Hilfen vermittelt werden; in vier von fünf Beratungsstellen war keine Adoption oder Pflegestelle vermittelbar.

4.3.5.3 Gründe für den Abbruch

Aus Tabelle 6 wird deutlich, daß aus der Sicht der Frauen die wirtschaftlichen Probleme als Grund für den Abbruchswunsch sowohl in den Beratungsstellen der Pro Familia und AW als auch in den Beratungsstellen des evgl. Trägerbereichs deutlich häufiger als persönliche Probleme an die erste Stelle gesetzt werden.

Tabelle 6

Prozentuale Häufigkeit der Erstnennung sozialer Probleme, ermittelt an den Aussagen von Beratern über ihre eigene Sicht und die Sicht der Klientinnen, differenziert nach Trägerbereichen

(N = 63 Beratungsstellen)

Problemkategorie	Sicht der Klienten		Sicht der Berater	
	Pro Familia und AW in %	Evang. Träger in %	Pro Familia und AW in %	Evang. Träger in %
persönliche	35	28,2	47,0	58,3
partnerschaftliche	10	12,8	17,7	16,7
familiäre	5	12,8	5,9	5,6
berufliche	0	2,6	0,0	0,0
wirtschaftliche	50	41,0	29,4	19,4
sonstige	0	2,6	0,0	0,0

Die Berater selbst haben eine z. T. erheblich andere Sicht der Klientenprobleme mit einer deutlichen Hervorhebung der persönlichen Probleme.

Zwei Interpretationen dieser Diskrepanzen sind denkbar:

— Die Klientinnen schieben bewußt oder unbewußt wirtschaftliche Probleme bei der Begründung ihres Konflikts vor, da sie – beeinflußt auch von der öffentlichen Diskussion – annehmen, daß diese Gründe vom Berater eher akzeptiert werden;

— die Berater sind sich ihrer eigenen Hilflosigkeit im Bereich sozialer Hilfen durchaus bewußt und bemühen sich deshalb, die Problemsicht der Frau auf den persönlichen Bereich zu zentrieren, den sie dann auch in ihrer eigenen Beurteilung des Beratungsablaufs besonders hervorheben.

Wie aus den meisten Interviews mit Beratern des evgl. und des nichtkirchlichen freien Trägerbereichs hervorgeht, sind diese beiden Interpretationsansätze sehr häufig im Sinne von sich ergänzenden Faktoren anzusehen.

Bei der Diskussion der Manipulationsgefahr in der Beratung scheint die vom Berater intendierte Konflikterhellung eine entscheidende Variable zu sein. Es stellt sich die Frage, ob der Berater es sich zum Ziel setzen sollte, einen von ihm vermuteten Basiskonflikt anzusprechen. Es brechen möglicherweise Konflikte auf, die durch Nicht-Beachtung bisher erträglich waren, jedoch dann offen liegen und in der kurzen Beratungszeit nicht befriedigend aufgearbeitet werden können. Hinzu kommt, daß die Frauen von sich aus in sehr vielen Fällen nicht bereit sind, das Beratungsgespräch bzw. den Kontakt mit der Beratungsstelle fortzusetzen.

4.3.6 Die Klientel der Schwangerschaftskonfliktberatung

Für den größten Teil der Klientinnen ist die Schwangerschaft zur Zeit ungewollt, ein Drittel bezeichnet sie als grundsätzlich ungewollt. Die Verteilung der Einstellungen, die die betroffenen Frauen in der Beratung äußern, ist dementsprechend von einem hohen Grad der Vorentschiedenheit gekennzeichnet:

76 % der Frauen wollen das Kind nicht austragen,
14 % zeigen sich ambivalent, unklar bzw. diffus, und nur
8 % wollen das Kind austragen [58]).

In den meisten Fällen sind mehrere Faktoren für die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch ausschlaggebend, wobei sich persönliche, familiäre, psychische, gesundheitliche und wirtschaftliche Faktoren gegenseitig verstärken. Die von den Frauen in den Interviews angegebene Indikation ist nicht in allen Fällen eindeutig. Es ist möglicherweise für manche Frauen leichter, einen „objektiv" medizinischen Grund anzugeben, als familiäre oder wirtschaftliche Schwierigkeiten „zugeben zu müssen", zumal die letztgenannten Schwierigkeiten der betreffenden Frau eher als Unfähigkeit angelastet werden könnten, mit bestimmten Situationen umzugehen.

Der Grund für den Besuch einer Beratungsstelle in Fällen, in denen eine medizinische Indikation von der Interviewten angegeben wurde [59]), läßt sich vermutlich

[58]) Vgl. ZAP 1978.

[59]) Bei einer eindeutigen medizinischen Indikation, wenn die Gesundheit der Frau ernstlich gefährdet ist, ist die soziale Beratung nicht vorgeschrieben: § 218 b Abs. 3.

über einen oder mehrere der folgenden Faktoren erklären:

— Der ausstellende Arzt ist mit der gesetzlichen Regelung nicht vertraut bzw. ist sich über die Indikationsabgrenzung nicht sicher,
— er ist in bestimmten Fällen nicht bereit, die Verantwortung für den Abbruch zu übernehmen,
— die Indikation ist nicht eindeutig.

4.3.6.1 Problemgruppen und Problemschwerpunkte

Bei der Schwangerschaftskonfliktberatung können häufig Problemschwerpunkte festgestellt werden, die für bestimmte Gruppen charakteristisch sind. Unverheiratete **Minderjährige,** die noch zur Schule gehen oder in Ausbildung stehen, sehen sich bei einer ungewollten Schwangerschaft meist einem ganzen Geflecht von Gründen gegenüber, die ein Austragen der Schwangerschaft unmöglich machen, obwohl gerade bei den unter 18jährigen im Vergleich zu anderen Gruppen mit 20 % der größte Anteil derer gegeben ist, die das Kind austragen möchten. Dafür ist im allgemeinen eine Vielzahl von Gründen ausschlaggebend; bei jungen Mädchen läßt sich z. B. oft heraushören, daß sie auf diesem Weg die Schule beenden oder etwas Eigenes, etwas zum Liebhaben, besitzen wollen.

Sofern die Ratsuchenden noch im Elternhaus leben, geraten sie oft unter massiven Druck, die Schwangerschaft abbrechen zu lassen. Mütter übertragen häufig eigene Erfahrungen und Ängste auf die Töchter und versuchen, sie von der Notwendigkeit eines Schwangerschaftsabbruchs zu überzeugen, Väter drohen eher mit materiellen Sanktionen.

Viele Mädchen wirken auch gleichgültig und hoffen, daß die Mutter das Problem aus der Welt schaffen möge. Andere dagegen kommen – allein oder mit dem Freund – mit einem festen Entschluß zum Abbruch in die Beratungsstelle und fürchten vor allem Konflikte mit den Eltern, weil diese einen Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich ablehnen. Konfliktverschärfend kommt hinzu, daß in vielen Fällen die Eltern aus moralischen Gründen die sexuellen Kontakte ihrer Tochter in diesem Alter nicht akzeptieren können.

Minderjährige sind meist noch in der **Schule** oder in **Ausbildung,** so daß zu den übrigen Problemen die Befürchtungen kommen, wegen der Schwangerschaft die Schul- oder Berufsausbildung abbrechen zu müssen, wodurch wichtige Zukunftsperspektiven zerstört würden.

Auch **Alleinstehende,** die nicht mehr in Ausbildung stehen und außerhalb des Elternhauses leben, befinden sich, auch wenn sie nicht mehr minderjährig sind, zum großen Teil in ökonomischer Abhängigkeit.

Da sie berufstätig sein müssen, um ihren Lebensunterhalt bestreiten zu können, würde die Geburt eines Kindes nicht nur finanzielle Einbußen mit sich bringen, sondern oft den Entzug der ökonomischen Grundlage. In vielen Fällen sind Berufstätigkeit und Mutterschaft unvereinbar, da Frauen mit kleinen Kindern, besonders wenn sie alleinstehend sind, weniger Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung und geringere Chancen haben, eingestellt zu werden. Darüber hinaus fehlen in den meisten Fällen Möglichkeiten der Unterbringung des Kindes [60]).

Bei **Arbeitslosigkeit** würde durch die Geburt eines Kindes eine Fortschreibung dieser Situation erreicht, da die Vermittlung von Arbeit an eine Schwangere oder an eine alleinstehende Frau mit einem Kleinkind nur selten möglich ist.

Probleme während der Schwangerschaft entstehen oft auch durch Konflikte zwischen den Partnern. Ein unbewußter Kinderwunsch sowie die Hoffnung, durch ein Kind die Partnerschaft zu festigen, vielleicht auch auf die Probe zu stellen, können Gründe für eine Schwangerschaft sein. Es kommt jedoch in vielen Fällen entgegen diesen Hoffnungen zu einem Zerbrechen der Partnerschaft, deren Fortbestand nach den durch die Schwangerschaft aufgebrochenen Konflikten weder wünschenswert noch möglich erscheint. Die Frau betrachtet in diesem Fall das Austragen der Schwangerschaft meist als unzumutbar.

Bei Getrenntlebenden, Geschiedenen und Verwitweten kommen Probleme hinzu, wenn bereits Kinder vorhanden sind und ein weiteres Kind die Problemsituation verschärfen würde. Erschwerend können die Erfahrungen mit einer zerstörten Partnerschaft wirken, die die Belastbarkeit und die Fähigkeit, Bindungen zu akzeptieren, einschränken.

Auch ältere **verheiratete Frauen** mit mehreren Kindern, die ihre Familienplanung abgeschlossen haben, kommen häufig mit dem festen Entschluß zum Schwangerschaftsabbruch in die Beratung. Auf Grund vielfältiger ökonomischer und partnerbezogener Probleme sowie einer stark empfundenen Überbelastung glauben diese Frauen, ein weiteres Kind nicht mehr auf angemessene Art großziehen zu können.

Die Gruppe der **ausländischen Arbeitnehmer** unterscheidet sich sozio-kulturell stark von der übrigen Klientel der Beratungsstellen. Dazu kommen Sprachschwierigkeiten, die auch in den Beratungsstellen, die Dolmetscher haben, nur zum Teil gelöst werden, da die Sprachbarrieren und Hemmschwellen allein durch Übersetzungsmaßnahmen kaum beseitigt werden können.

Deutlich ist die meist stark patriarchalische Struktur der Familie, die zur Anpassung der Frau an die Wünsche des Mannes führt und sie u. U. ihre emotionalen Bedürfnisse in bezug auf das ungeborene Kind verdrängen läßt, wenn diese gegen die Entscheidung des Mannes gerichtet sind. Dies läßt im Fall ausländischer Arbeitnehmer die häufig gewünschte Paarberatung eher problematisch werden, da die Anwesenheit des Ehemannes auch Kontrollfunktionen haben kann.

Hauptbezugspunkt bei der Darstellung der Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch ist die wirtschaftliche Situation der ausländischen Familie. Schlechte Wohnverhältnisse und eine angespannte finanzielle Lage sowie die Notwendigkeit der Weiterarbeit der Frau sind die meistgenannten Gründe. Sie entsprechen der Randposition dieser Gruppe am unteren Ende der Schichtenskala. Sie dürften jedoch auch von dem Bedürfnis nach wirtschaftlicher Absicherung der Familie bestimmt sein, die – innerhalb einer relativ kurzen

[60]) Vgl. hierzu auch Kapitel 11, Abschn. 11.6.

Zeit der Verdienstmöglichkeiten in der Bundesrepublik – die Anspannung aller Kräfte, auch der Arbeitskraft der Frau, notwendig macht. Die geplante Zukunftssicherung würde durch die Geburt eines weiteren Kindes zerstört, wenn damit die Beendigung der Erwerbstätigkeit der Frau sowie zusätzliche finanzielle Belastungen verbunden wären. Die vielfältigen Schwierigkeiten der ausländischen Familien werden in dieser Situation noch verstärkt durch den Konflikt zwischen dem tradierten Wert einer großen Familie und dem augenblicklichen Streben nach Reduktion der Familiengröße zur ökonomischen Zukunftssicherung.

Daß diese Probleme hinter den ökonomischen zurücktreten, mag zum Teil an den oben geschilderten Kommunikationsproblemen liegen, die durch verstärkten Einsatz von Dolmetschern, die zugleich Erfahrung in der Beratungsarbeit haben, verringert werden könnten.

Größere Probleme ergeben sich für die Beratungsstellen auch bei der Beratung von **Unterschichtangehörigen** [61]). Die Beratung erfolgt im allgemeinen auf Grund einer Konzeption, die mittelschicht-orientiert und auf rationale Bearbeitung und Offenlegung von Konflikten ausgerichtet ist.

Dies bedeutet, daß das Angebot der Schwangerschaftskonfliktberatung solche Gruppen weniger erreicht, die andere Konfliktbewältigungs- oder -verdrängungsmechanismen haben, wobei die Schwellenangst vor einer unbekannten Institution hinzukommt.

Die mangelnde Bereitschaft, Beratung in Anspruch zu nehmen, wird z. T. ausgeglichen durch die im Gesetz verankerte Pflicht, sich vor einem Schwangerschaftsabbruch beraten zu lassen. Es tritt jedoch eine deutliche Selektion der Beratungsstellen ein.

Folgende Faktoren bestimmen den Unterschicht-Anteil:

— die Lage der Beratungsstelle unmittelbar in einem Unterschichtgebiet
— häufiger Kontakt der Beratungsstelle mit Unterschichtangehörigen schon von der Normaltätigkeit her und eine entsprechende Vertrautheit der Betroffenen mit der Einrichtung
— die Tatsache und Qualität der Außenfeldarbeit, die die Beratungsstelle mit der Zielgruppe sozial zu verbinden sucht
— die soziale Kompetenz des Beraters, der nicht nur verbal eine Konfliktberatungshilfe anbietet, sondern die möglichen Lösungen auch konkret und personengebunden vermitteln kann.

Bei den Beratungsstellen mit geringem Unterschicht-Anteil war keiner der genannten Faktoren wirksam.

Der Anteil der Unterschicht an der Klientel der behördlichen Beratungsstellen liegt durchweg sehr hoch. [62]).

Aus den vorliegenden Daten kann zwar nicht auf den Anteil der Frauen aus der sozialen Grundschicht am Schwangerschaftsabbruch geschlossen werden [63]). Auf Grund der Bevölkerungsumfrage [64]) ist jedoch anzunehmen, daß dieser Anteil eher unterproportional ist, da in dieser Gruppe vielfach ein Rollenverständnis vorhanden ist, das die Lösung eines Schwangerschaftskonflikts durch Abbruch weniger zuläßt. Die einschlägige Literatur spricht darüber hinaus bei der unteren Unterschicht von einer sozialen Rückzugstendenz, kombiniert mit einem Gleichmut gegenüber eigenen Problemlagen, wie sie auch durch eine ungeplante Schwangerschaft eintreten können: der Rückzug auf den privaten Bereich der Familie bedingt zugleich die Wertschätzung einer großen Kinderzahl und das hohe Ansehen der schwangeren Frau.

Die Fähigkeit der Klientinnen, die eigene Entscheidung dem Berater gegenüber begründen zu können, wird mit abnehmendem sozio-ökonomischen Status geringer. Diese Frauen erwecken in der Beratung auch häufig den Eindruck, eher unentschieden im Hinblick auf die Lösung des Problems der ungeplanten Schwangerschaft zu sein.

Das Hauptproblem für eine effiziente Beratung liegt in der Überwindung der „sozialen Distanz" und in der Vermittlung von konkreten Lösungen und Hilfen. Es sind besonders bei dieser Gruppe Informationsdefizite vorhanden. Informationsangebote müssen deshalb an das Wahrnehmungskonzept der Unterschicht angepaßt werden, wenn sie angenommen werden sollen. Abstrakte Informationen sind weniger brauchbar als personengebundene. Da „soziale Distanz" auch eine Vertrauenslücke ist – der unbekannte Bereich ist angstmachend – kann sie personengebunden, durch Vertrauensträger, reduziert werden; sie wird sogar aufgehoben, wenn ein Informations- und Beratungsangebot in die Bezugsgruppenstruktur eingebunden werden kann.

Der häufigste Arbeitskontakt, der bei allen Beratungsstellen hervorgehoben wird, ist der zu Ärzten. Über die Vermittlung des Arztes läßt sich offenbar der Kontakt zu den Unterschichten leichter herstellen. Deshalb haben einzelne Beratungsstellen einen festen Kontakt zu Ärzten aufgebaut, die ihre Patientinnen bei Schwangerschaftskonflikten von sich aus in die Beratungsstelle schicken.

Es sind offensichtlich gerade in der Unterschicht-Beratung Kooperationsformen gefunden worden, die auch für die Beratung anderer Problemgruppen (Minderjährige, Ausländische Arbeitnehmer), die eine ähnliche Distanz zum Beratungsangebot haben, genutzt werden können und zu einem großen Teil schon genutzt werden. Deutlich wird dies am Problem der Informations- und Wissensvermittlung nicht nur über die Arbeit der Beratungsstellen, sondern auch über Fragen der Kontrazeption, über die gerade bei diesen Gruppen große Unkenntnis vorliegt [65]).

Nach den Erfahrungen der Beratungsstellen sind Jugend- und Frauengruppen von erheblicher Bedeu-

[61]) Die Angaben beruhen auf den Ergebnissen einer qualitativen Studie über die Beratung von Unterschichtangehörigen. In die Untersuchung waren 15 Beratungsstellen mit besonders hohem Unterschichtanteil einbezogen. Nähere Angaben siehe Materialband zum Kommissionsbericht (E. Zundel, K. H. Urlaub, 1978).

[62]) Bei den in die qualitative Untersuchung einbezogenen Beratungsstellen liegt eine Streuung von 20 bis 60 % bei den Unterschichtanteilen vor. Vgl. auch Abschnitt 4.4 in diesem Kapitel.

[63]) Wie in Kapitel 3 dargestellt, läßt die Bundesstatistik keine Aufschlüsselung nach sozialen Schichten zu.

[64]) Vgl. Kapitel 12.

[65]) Vgl. dazu Kapitel 8, Abschn. 8.3.

tung. Viele Beratungsstellen bauen daher Kontakte zu Schulen und Jugendzentren auf und bieten dort z. B. Diskussionsabende an. Einige Beratungsstellen konnten ihre Kontaktarbeit in den Sozialkundeunterricht von Hauptschulen integrieren. Die sexualpädagogische Arbeit wird dabei nicht lediglich als Information über Kontrazeptiva verstanden, sondern als pädagogisches Angebot, das Jungen und Mädchen hilft, den verantwortlichen Umgang mit ihrer eigenen Sexualität zu erlernen und die Bedürfnisse des Partners besser zu verstehen. Die Mitarbeiter dieser Beratungsstellen werden den Jugendlichen zugleich auch persönlich bekannt und vermitteln ihnen oft eine erste Vertrauensbeziehung zur Beratungsstelle.

Es gibt vielfach Kontakte zu Frauengruppen, und zwar sowohl zu freien Frauengruppen als auch zu solchen in den Gewerkschaften. Die Beratungsstellen, die einen solchen Kontakt aufbauen, sehen in den Frauengruppen Multiplikatoren, die ihrerseits Hilfen im Rahmen ihres direkten Kontakts zu den Betroffenen vermitteln können [66]).

In der Unterschicht-Beratung besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Kompetenz, praktische Hilfen zu vermitteln, und der Chance, Rollen- und Familienprobleme bearbeiten zu können. Die Analyse von Problemfällen hat gezeigt, daß ein wesentliches Merkmal des Schwangerschaftskonflikts eine soziale Vertrauenslücke ist, die sowohl zum Mann als auch zum eigenen sozialen Umfeld und zu den gesellschaftlichen Hilfsangeboten existiert. Wird im Einzelfall eine objektiv vertretbare Hilfe nur abstrakt angeboten, wird diese Hilfe oft nicht wirksam und die Vertrauenslücke wird sogar bestätigt. Umgekehrt wird die Tatsache, daß der Berater selbst über Hilfsmöglichkeiten verfügt, von den Betroffenen als Ausdruck einer sozialen Kompetenz angesehen. Dies gilt sowohl für den Schwangerschaftsabbruch als auch für die anderen Hilfen. Über die konkrete Erfahrung dieser sozialpraktischen Kompetenz wird für Unterschicht-Klienten auch der Vertrauenserweis in bezug auf andere Beratungsprobleme erbracht. Beratungsstellen mit diesem Konzept haben daher auch einen höheren Anteil von Mehrfachberatungen.

Bei der Randgruppe der Obdachlosen zeigen sich die geschilderten Beratungsprobleme sehr deutlich. Erfolgreich ist deshalb eine Beratung eher dann, wenn sie in den räumlichen und sozialen Zusammenhang der Gruppe integriert wird. Die Zielrichtung der Arbeit auf Familienplanung und auf Bearbeitung von Eheproblemen wird dabei in ein allgemeines Beratungskonzept integriert, da sowohl Frauen als auch Männer gegenüber der isolierten Thematik der Sexual- und Familienplanungsprobleme starke Vorbehalte haben.

4.3.6.2 Ursachen für die ungewollte Schwangerschaft

Nach den Erfahrungen der Beratungsstellen ist das Ausmaß fehlender oder mangelhafter Kontrazeption im Zusammenhang mit ungewollten Schwangerschaften erschreckend hoch [67]). Die beschriebenen Problemgruppen sind folgerichtig auch die Gruppen mit den größten Mängeln in der Anwendung von Kontrazeptiva.

Sowohl Angehörige der Unterschicht und Randständige, deren Rollenverständnis eine gezielte Familienplanung stark behindert, als auch ältere Frauen mit abgeschlossener Familienplanung, die kurz vor oder in der Menopause glauben, auf empfängnisverhütende Mittel und Methoden verzichten zu können, sowie Jugendiche und ausländische Arbeitnehmer sind am stärksten von Informationsdefiziten und Verhaltensunsicherheit im Bereich der Familienplanung betroffen.

Von großer Bedeutung für die Nichtanwendung von Kontrazeptiva sind bei Minderjährigen mangelnde Aufklärung durch Eltern und Schule und Hemmungen, sich über Kontrazeption zu informieren oder Verhütungsmittel selbst zu kaufen. Wichtig ist jedoch auch, daß die Pille als zur Zeit sicherste Verhütungsmethode für diese Altersgruppe kaum in Betracht kommt; sie wird nur in seltenen Fällen verschrieben, wenn die Klientin noch unter 16 Jahren ist, häufig sogar erst ab 18; darüber hinaus ist die Pille nur mit ärztlichem Rezept erhältlich, so daß die erforderliche Verschreibung auf Krankenschein ohne Wissen der Eltern nicht möglich ist. Ein weiterer Grund ist der Kostenfaktor bei der Beschaffung. Die verhältnismäßig geringe Kaufkraft dieser Gruppe führt häufig dazu, daß auf weniger kostenaufwendige Methoden der Kontrazeption (z. B. chemische Mittel) ausgewichen wird, die jedoch wesentlich unsicherer sind [68]).

Bei ausländischen Arbeitnehmern existiert im allgemeinen ein mehr oder weniger großer kultureller Bruch, verbunden mit entsprechenden Orientierungsschwierigkeiten. Traditionelle Normen machen eine effiziente Empfängnisverhütung oftmals unmöglich, sehr oft können Schwangerschaften aber wiederum wegen der gegebenen sozialen Situation und weil familiäre und nachbarschaftliche Hilfen, wie sie im Herkunftsland gewohnt waren, fehlen, nicht akzeptiert werden.

Bei Jugendlichen, Randständigen und auch bei ausländischen Arbeitnehmern wird besonders häufig beobachtet, daß sie sich zu ihrer Information hauptsächlich eines Laieninformationssystems bedienen. Dazu gehören Freunde, Kollegen und Bekannte, deren Informationsstand jedoch vielfach ebenfalls mangelhaft ist, so daß die entsprechenden Informationen nicht effizient genutzt werden können. Zudem werden durch dieses Laiensystem kulturell bedingte, traditionelle Verhaltensweisen häufig weiter verfestigt.

4.3.6.3 Das Erlebnis der Beratung aus der Sicht der Klientinnen

Die emotionale Befindlichkeit der Frau zu Beginn des Beratungsgesprächs ist im wesentlichen abhängig von der Kenntnis der Beratungsstelle und vom Beratungsbedürfnis. Sehr viele Frauen sind offensichtlich nicht ausreichend über Zielsetzung und Arbeitsweise der Beratungsstelle informiert, und ein sehr großer Teil der Klientel ist bereits vorentschieden, wenn die gesetzlich vorgeschriebene Beratung stattfindet.

Wichtig ist auch, ob die Indikationsfeststellung schon vor dem Aufsuchen der Beratungsstelle erfolgt ist und

[66]) Vgl. dazu auch Abschn. 4.2 in diesem Kapitel.

[67]) Vgl. dazu die Ausführungen in Kapitel 8, Abschn. 8.3 und 8.4.

[68]) Siehe auch Kapitel 11, Abschn. 11.7.2.3.

ob die Frau allein oder in Begleitung eines vertrauten Menschen kommt. Mehr als die Hälfte der Interviewten geben an, unsicher, ängstlich oder skeptisch gewesen zu sein.

(„Ich fand den ganzen Weg nicht schön." „Eigentlich bin ich ziemlich skeptisch dahin gefahren." „Ich war so niedergeschlagen, als ich dahin gegangen bin.")

Die Kontaktaufnahme mit der Beratungsstelle geschieht bei einem großen Teil der Frauen auf Anregung des konsultierten Arztes (47,5 %). Der hohe Anteil von Frauen, die auf eigene Initiative zur Beratung kommen (40,6 %), spiegelt nur ungenügend wider, daß bei dieser scheinbar eigenen Entscheidung häufig auch eine andere Kontaktperson den Anstoß zum Besuch einer bestimmten Beratungsstelle gegeben haben kann.

Ein großer Teil der Klientinnen hat vor dem Schwangerschaftskonflikt noch keinen Kontakt mit Beratungsstellen gehabt. Viele geben zwar an, Kenntnisse über die Arbeit von Beratungsstellen zu haben, können diese aber nur ungenau beschreiben und beziehen sich dabei meist nicht auf die Schwangerschaftskonfliktberatung.

Das Erlebnis der Beratung ist sicherlich von einer Reihe von Faktoren abhängig, die nur im Gesamtzusammenhang des Konflikterlebnisses und der Konfliktbewältigung analysierbar sind. Insofern sind Interviewäußerungen von Frauen ein bis zwei Tage nach dem Schwangerschaftsabbruch nur unter Berücksichtigung der spezifischen Befindlichkeit der Frauen zu diesem Zeitpunkt, des Stellenwerts des Abbruchs für die subjektive Problemlösung und des konkreten Abbrucherlebnisses interpretierbar. Deutlich wird allerdings durchgängig, daß der Beratung im Gesamterlebnis des Schwangerschaftskonflikts nur in Einzelfällen eine größere Bedeutung zukommt [69]).

Dies zeigt zum einen, daß die Beratung im Bewußtsein der Frauen deutlich hinter dem als weitaus belastender empfundenen weiteren Verfahren und hinter den Umständen des Schwangerschaftsabbruchs zurücksteht. Es zeigt zum anderen, daß für die Frauen, die die Entscheidung zum Abbruch weiterhin ambivalent erleben, eine Nachberatung erforderlich wäre, da sich sonst seelische Belastungen nach diesem Eingriff ergeben können.

Der größte Teil der Schwangerschaftskonflikt-Beratung wird von Beraterinnen durchgeführt. 18 % der Interviewten hielten das Geschlecht des Gesprächspartners ausdrücklich für wichtig. Etwa jede Fünfte gibt an, daß das Alter des Beraters für sie wesentlich sei. Dabei läßt sich keine eindeutige Zuordnung zwischen dem Alter der Klientin und dem des Beraters herstellen. Vielmehr ergeben sich folgende Kombinationen:

— Eine jüngere Klientin bevorzugt eine ca. gleichaltrige Beraterin, weil sie sich dort besser verstanden fühlt; sie erwartet eine fortschrittliche Einstellung;
— eine junge Klientin bevorzugt eine ältere Gesprächspartnerin, weil diese mehr Lebenserfahrung habe;
— eine ältere Klientin bevorzugt eine junge Beraterin, weil sie sie für aufgeschlossener hält;
— eine ältere Klientin lehnt eine jüngere Beraterin ab, weil dieser die nötige Erfahrung fehle und sie die Situation gar nicht richtig einschätzen könne.

Etwa 75 % der Interviewten geben an, einen grundsätzlich positiven Eindruck vom Gesprächspartner gehabt zu haben. Mehr als die Hälfte erlebte ihn als problembewußt und zugleich zustimmend bezüglich der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch. In den seltensten Fällen kommt es zu einem offenen Konflikt zwischen Klientin und Berater. In einigen Fällen wird die Situation von der Frau als gespannt erlebt, ohne daß der Konflikt zum Ausbruch kommt. Die meisten Frauen erleben das Beratungsgespräch **in diesem Punkt** als konfliktfrei.

Die meisten Interviewten geben an, ihre Probleme im Beratungsgespräch dargestellt zu haben. Als **Gesprächsschwerpunkte** werden angegeben:

— persönliche Situation
— Hilfen zum Abbruch
— Alternativen zum Abbruch
— wirtschaftliche und familiäre Situation
— Entstehung der ungewollten Schwangerschaft und Risiken des Abbruchs.

Die Information über gesetzliche Möglichkeiten und soziale Hilfen wird im allgemeinen als ausreichend angesehen. Überwiegend negativ reagieren Frauen jedoch auf den Vorschlag des Beraters, das Kind auszutragen und zur Adoption freizugeben.

„Nein, das könnte ich ja gar nicht. Da waren wir beide auch nicht mit einverstanden." „Ich weiß nicht, ob die (Berater) nicht so weit denken können, aber das muß doch schwer sein für eine Mutter. Auf jeden Fall habe ich gesagt, nein, das (die Adoption) will ich nicht." „. . . das könnte ich nicht übers Herz bringen, ich würde mir das ganze Leben schuldbewußt vorkommen."

Die hier zum Teil frei werdenden Aggressionen richten sich auch gegen die Person des Beraters, wie die obigen Äußerungen deutlich machen. Die Ablehnung des Adoptionsvorschlags ist eindeutig altersunabhängig [70]).

Die Klientinnen benennen als Hilfen von seiten der Berater Klinikbesuche und -kontakte, Arztadressen und -kontakte, Informationen und konkrete Hilfen.

Wie bereits dargestellt, trifft der größte Teil der Frauen die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch vor dem Besuch der Beratungsstelle [71]). In kath. Beratungsstellen ist dies allerdings anders, weil dort die Zahl der Frauen mit ambivalenter Grundhaltung größer ist als in anderen Beratungsstellen. Daher ist die Entscheidung zum Austragen des Kindes häufiger als in solchen Beratungsstellen, in denen die Frau in neun von zehn Fällen bereits vor der Beratung eindeutig zum Schwangerschaftsabbruch entschlossen ist.

[69]) Ein großer Teil der Interviews hat sich deshalb trotz ursprünglich anderer Interviewabsicht mit der Gesamtsitution der Frau befaßt und fungierte in einzelnen Fällen sogar als Nachberatung.

[70]) Vgl. zur Adoption auch Kapitel 11, Abschn. 11.7.3.

[71]) Dies wird durch die Umfrage-Ergebnisse bei betroffenen Frauen bestätigt. Vgl. Kapitel 9, Abschn. 9.3.

Ein wesentlicher Effekt der Konfliktberatung ist, daß sich die Zahl der Frauen mit ambivalenter Einstellung verringert. Etwa jede sechste Frau gibt an, sich in ihrer Entscheidungsbegründung eindeutig gegen die Intentionen des Beraters gestellt zu haben, die eigene Entscheidung also nicht im Einverständnis mit der Beratermeinung erlebt zu haben.

„Wenn ich gewußt hätte, daß die Beraterin mir den Schein ausstellen muß, dann hätte ich ihr was anderes erzählt." „Dies junge Ding kann sich gar nicht vorstellen, sechs Kinder zu haben. Die hat gar nicht danach gefragt, was ich denke und was mich bedrückt, wie ich mich entschieden habe." „Sie wollte mich fast eine dreiviertel Stunde überreden, das Kind zu behalten."

Fast die Hälfte der Interviewten erklärt, sich während der Beratung sicher gefühlt zu haben. Insgesamt wird die Beratung etwa von jeder zweiten Frau als hilfreich erlebt, ungefähr ein Drittel sieht sie als weniger oder gar nicht hilfreich an, einige halten sie für überflüssig [72]).

„Die Beratung war wirklich gut. Den Berater fand ich am besten überhaupt." „Ich muß sagen, da bin ich sehr gut aufgenommen worden. Ich war ganz begeistert von der Frau, die das gemacht hat. Die war sehr offen, sehr tolerant." „Die Beratung hat mich erst recht in Konflikte gestürzt." „Die Beratungsstelle war miserabel. Ich hatte das Gefühl, als wenn die mich extra hin- und hergeschickt haben."

4.3.6.4 Der Stellenwert der Beratung im Gesamterlebnis des Schwangerschaftskonflikts

Die Erfahrung in der Beratungsstelle scheint nach allen bisherigen Informationen bei der Mehrheit der betroffenen Frauen deutlich überlagert von den als belastender empfundenen Wegen zur Erlangung eines Schwangerschaftsabbruchs und von den Umständen der Durchführung.

Eine zentrale Funktion für die Lösung des Schwangerschaftskonflikts hat die Beratung wohl nur bei schätzungsweise 10 bis 20 % der Klientinnen. Der obligatorische Charakter der Beratung einerseits, aber auch die weithin feststellbare Uninformiertheit der Frauen führen zu Mißverständnissen und Widersprüchlichkeiten, die von der Beratung (in der engen gesetzlichen Interpretation) nicht aufgelöst werden können. Eine hohe Motiviertheit für diese Beratung, wie sie die wissenschaftliche Begleitung des Modellprogramms für ca. 70 % der Klientinnen unterstellt, scheint in diesem Maße nicht gegeben zu sein. Vielmehr zeigt die Klientin oft ein ‚sozial erwünschtes Verhalten', um den Erfolg der Beratung nicht zu gefährden.

Nimmt man die etwa 10 bis 20 % aus, die im beraterischen Verständnis als Konfliktberatung zu bezeichnen sind, so stellt sich als eine entscheidende Problemzone bei der Bewältigung des Konflikts der Umgang mit den entscheidungsbefugten und entscheidungsmächtigen Ärzten und Krankenhäusern heraus, denen sich die Frauen um ein vielfaches hilfloser ausgeliefert sehen als etwa den Beratungsstellen. Die Vorentschiedenheit der Frauen, die es oft nicht zu einer offenen Beratung kommen läßt, ist, wie auch die Interviews mit den Frauen zeigen, allenfalls im Einzelfall Ausdruck einer Haltung, bei der Bequemlichkeit oder mangelnde Verantwortung im Vordergrund stehen. Die Regel ist, daß die Frauen sich ihre Entscheidung über Fortführung oder Abbruch der Schwangerschaft nicht leicht gemacht haben und von der Beratungsstelle dann vor allen Dingen Unterstützung in ihrer Entscheidung erwarten [73]).

Die innere Auseinandersetzung der Frau mit dem Schwangerschaftsabbruch wird von Problemen bestimmt, die sowohl die Selbstachtung betreffen als auch die Achtung von seiten der sozialen Umwelt, die in die Auseinandersetzung mit einbezogen ist (z. B. Partner, Familie, Ärzte etc.). Die Angst vor dem Achtungsentzug als Folge eines vor sich selbst oder in der Beurteilung der anderen nicht ausreichend legitimierten Handelns führt dazu, vielfältige Legitimierungsstrategien zu entwickeln. Die vom Arzt und vom Berater erwartete Unterstützung der eigenen (bereits getroffenen) Entscheidung hat deshalb auch die Funktion der Legitimierung und Entlastung, indem die von der Frau angebotenen Begründungen als gesellschaftlich achtenswert anerkannt werden. Um dieses Ziel zu erreichen, versucht die Frau, ihre Motive und ihre Entscheidung gegen Kritik und den (vermeintlich) daraus folgenden Achtungsentzug abzuschirmen [74]). Mit Sicherheit ist in diesen Aspekten ein wichtiger Grund dafür zu sehen, daß in den meisten Beratungsstellen ein so hoher Anteil bereits fest entschlossener Frauen anzutreffen ist.

4.4 Schwangerschaftskonfliktberatung in öffentlicher Trägerschaft

Die Behörden der Länder sowie der Gemeinden und Gemeindeverbände stellen rd. 40 % der zugelassenen Beratungsstellen [75]).

4.4.1 Der Anteil der behördlichen Stellen am Beratungsangebot

In Niedersachsen, im Saarland und in Bayern ist der Anteil der behördlichen Beratungsstellen besonders hoch. Rund zwei Drittel dieser Beratungsstellen sind in

---

[72]) Siehe auch Kapitel 9, Abschn. 9.4.

[73]) Siehe dazu auch Kapitel 9, sowie K. Oeter: Der Schwangerschaftsabbruch – Gründe, Legitimationen, Alternativen, 1979.

[74]) Vgl. dazu P. Schnabel: Respektabilität und Schwangerschaftsabbruch. Unveröffentlichtes Manuskript, 1976.

[75]) Die im folgenden verwandten Daten ergaben sich aus:
- einer schriftlichen Erhebung bei allen Behörden, die bis Ende 1977 als Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen anerkannt waren. Insgesamt wurden 230 Fragebogen beantwortet (E. Zundel, M. Laimer 1978);
- einer Intensiverhebung bei 21 aus diesen Behörden ausgewählten Beratern (E. Zundel, E.-M. Meissenberg, 1979 – siehe auch Materialband zum Kommissionsbericht).

Die Behörden in Baden-Württemberg nahmen an diesen Erhebungen nicht teil, in Bayern beteiligten sie sich nur an der schriftlichen Erhebung. Obwohl sich die Berater aus dem süddeutschen Raum an dem Erfahrungsaustausch sehr interessiert zeigten, sahen sich die zuständigen Ministerien nicht in der Lage, hierfür Dienstbefreiung zu gewähren. Über Baden-Württemberg können deshalb hier keine, über Bayern nur beschränkt Aussagen gemacht werden.

Gesundheitsämtern, ein Drittel in Jugendämtern (besonders in Niedersachsen), Sozialämtern (Lübeck) und, spezieller, in Dienststellen der Familienfürsorge (Hamburg) untergebracht.

Im Gegensatz zu den von Bund und Ländern gemeinsam geförderten Modellberatungsstellen sind die Beratungsstellen der Behörden selten schwerpunktmäßig auf Schwangerschaftskonfliktberatung ausgerichtet. Ausnahmen von dieser Regel finden sich in Großstädten, gehäuft im Ruhrgebiet. Für die Mehrheit der bei Behörden beschäftigten Berater ist diese Beratung eine Teilaufgabe ihres weitgehend durch andere gesetzliche Pflichten definierten Arbeitsbereichs. Im Schnitt nimmt sie 10 % ihrer Zeit in Anspruch, werden monatlich zwölf Klienten beraten. Bei der Hälfte der befragten Beratungsstellen sind es allerdings nur sechs Klientinnen und weniger, die höhere Durchschnittszahl kommt durch einige spezialisierte Stellen zustande, die monatlich mehr als hundert Klientinnen betreuen. Sie sind meist zugleich Modellberatungsstellen.

Den Trend der Nachfrage bezeichnen 54 % der Stellen als gleichbleibend, 25 % als zunehmend und 21 % als abnehmend. Die Abnahme ist wahrscheinlich auf das wachsende Angebot an Beratung durch freie Träger zurückzuführen. Die Kommunen fühlen sich dadurch auf willkommene Weise entlastet. Die Zunahme bei 25 % der Stellen hängt sicher damit zusammen, daß ein Viertel der Stellen zum Erhebungszeitpunkt noch keine drei Monate als Schwangerschaftskonflikt-Beratungsstelle anerkannt war. Abgesehen von diesen neuen Stellen nimmt die Klientenzahl auch bei solchen Stellen zu, die im Rahmen der Reform des § 218 um neue, angemessene Formen der Beratung bemüht sind. Insgesamt ist jedoch lediglich mit einer leichten Zunahme behördlicher Beratungstätigkeit zu rechnen. Die überwiegende Mehrzahl der befragten Behörden (85 %) hält das Gesamtangebot an Beratung (öffentliche und freie Träger) in ihrem Bereich für angemessen.

4.4.2 Einzugsbereiche der behördlichen Beratungsstellen

Mehr als die Hälfte der behördlichen Beratungsstellen – sicher mehr als diejenigen freier Träger – fühlt sich für ländliche Bereiche zuständig. Diese Angabe muß auf die Tatsache zurückgeführt werden, daß vor allem in den Flächenstaaten alle Gesundheitsämter als Beratungsstellen tätig sind.

Tabelle 7

Einzugsbereich der Behörden

Einzugsbereich	%[1]
Ländliche Regionen	57,8
Industrielle Randzonen	24,8
Hohe Dienstleistungsanteile (Beamte/Angestellte)	23,9
Industrielle Ballungszentren	18,3

[1]) durch Mehrfachnennung über 100 %

4.4.3 Ziele der Beratung

Die Ziele der Beratung nach § 218 b StGB werden in Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Bundesländer spezifiziert und konkretisiert. Dabei ergeben sich Akzente, die ein unterschiedliches Verständnis von Beratung dokumentieren [76]).

In einigen behördlichen Beratungsstellen werden die Einwirkung auf die schwangere Frau, ein bestimmtes Ziel, nämlich die Fortsetzung der Schwangerschaft, zu erreichen, und die Vermittlung von Hilfen zentral gesetzt, in anderen will man der Schwangeren zu einer eigenständigen Entscheidung verhelfen, deren Konsequenzen sie tragen kann. Wie sie sich entscheidet, ist dabei offen – der Klientin wird ein höherer Grad von Mündigkeit zugestanden. Dem ersten Beratungskonzept neigt man mehr im Süden der Bundesrepublik, in ländlichen und konfessionell stärker geprägten Bereichen zu, dem zweiten in Städten und konfessionell weniger geprägten Gebieten.

Eine weitere Bestimmungskomponente für die Auffassung von Beratung in Behörden ist die Art des Amtes, in dem sie stattfindet: Gesundheitsamt, Jugendamt, Sozialamt. Die Schwangerschaftskonflikt-Beratung steht damit nicht nur im Kontext bestimmter Rechtsgrundlagen, sondern auch unterschiedlichen fachspezifischen Denkens und unterschiedlicher Hilfsmöglichkeiten. Daß mit der Reform des § 218 StGB zwar die mit einem Schwangerschaftsabbruch zusammenhängenden Kosten der medizinischen Maßnahmen, nicht aber die Beratung als Rechtsanspruch festgelegt wurden, erweist sich vielfach als erhebliches Hemmnis in der praktischen Arbeit.

Die Gesundheitsämter verweisen auf das ins Jahr 1934 zurückgehende Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, das den Ämtern die Beratung Schwangerer zur Pflicht macht. Unter dieser Bestimmung hat sich an vielen Gesundheitsämtern Schwangerenvorsorge lange vor der gesetzlichen Kostenübernahme durch die Krankenkassen bewährt; in gleicher Weise kann dort heute auch Schwangerschaftskonfliktberatung angesiedelt werden. Inzwischen wurden in den Ländern Folgegesetze erarbeitet, die sich an gemeinsamen, von den Gesundheitsministern der Länder akzeptierten Richtlinien orientieren. In diesen Richtlinien wird die Sozialberatung Schwangerer, einschließlich der Beratung über Familienplanung, als Pflichtaufgabe der Gesundheitsämter ausdrücklich gefordert.

Jugendämter orientieren sich an den Bestimmungen des Jugendwohlfahrtsgesetzes, das in absehbarer Zeit durch das neue Jugendhilfegesetz abgelöst werden wird. Hier ist die Beratung Schwangerer ebenfalls vorgesehen, unter besonderer Berücksichtigung des Adoptions- und Pflegekinderwesens.

Sozialämter übernehmen die Beratung im Rahmen ihrer Aufgabe zur Familienfürsorge. Ihre Domäne ist die finanzielle Absicherung der Familie, wenn keine anderen Möglichkeiten bestehen.

Generell passen sich Behörden oft nur zögernd neuen Aufgaben an, insbesondere solchen, die ihnen durch politische Beschlußgremien zugewiesen sind. Diese Aufgaben werden ohne besonderen fachlichen Eifer aufgegriffen. Meist begrüßen die Behörden die Verantwortungsentlastung, wenn andere Träger in ihrem Bereich die Schwangerschaftskonflikt-Beratung über-

[76]) Vgl. dazu Kapitel 2, Abschn. 2.3.2.

nehmen. Insgesamt bestätigt sich die allgemeine Erfahrung, daß nicht so sehr die Behörden als Träger, sondern entscheidender die sie vertretenden Fachleute bestimmen, inwieweit solche Beratungsstellen Anklang finden.

4.4.4 Institutionelle Aspekte und personelle Besetzung

Probleme ergeben sich auch aus institutionellen Aspekten und der personellen Besetzung der Beratungsstellen. Nur wenige Beratungsstellen in öffentlicher Trägerschaft sind ganz auf die Schwangerschaftskonflikt-Beratung spezialisiert. Meist sind diese spezialisierten Beratungsstellen aus Gesundheitsämtern oder Jugendämtern auch räumlich ausgegliedert. Sie finden sich in der Regel in Großstädten und unterscheiden sich wenig von anderen gut besuchten Modellberatungsstellen: die Klientenzahl ist hoch, die Mitarbeiter sind fachlich qualifiziert, es gibt gute Kontakte zu potentiellen Hilfsinstanzen, Ärzten und Kliniken, vielfach wird auch Öffentlichkeitsarbeit in Schulen, Volkshochschulen und Betrieben geleistet, die sexualpädagogische Aufklärung einschließt.

Die meisten Beratungsstellen sind jedoch weniger spezialisiert. In den Gesundheitsämtern findet die Beratung im Rahmen von sozialmedizinischen Aufgaben, Mütterberatung und Schwangerenbetreuung statt, in Jugend- und Sozialämtern im Kontext der allgemeinen sozialen Dienste, speziell der Beratung von Familien und Jugendlichen. Besonders in der letzten Form gibt es ausgesprochen gut funktionierende Modelle: die beratenden Sozialarbeiter kennen meist ihre Klienten und sind auch ihnen bekannt, schon bevor ein Schwangerschaftskonflikt entsteht; solche Konflikte können dann in einem umfassenderen Lebenszusammenhang bearbeitet werden. Die Berater haben zum Teil auch direkteren Zugang zu Hilfsmöglichkeiten als spezialisierte Stellen.

Aus dem geringen Spezialisierungsgrad ist zu verstehen, daß die befragten Beratungsstellen eine verhältnismäßig hohe Zahl hauptamtlicher Mitarbeiter angeben, im Schnitt sind es neun. Hier sind offensichtlich auch Kräfte eingeschlossen, die nicht unmittelbar oder nur sporadisch mit Schwangerschaftskonflikt-Beratung zu tun haben. Soweit die Beratungsstellen nicht Gesundheitsämtern angeschlossen sind, steht kein hauptamtlicher Arzt zur Verfügung; das trifft für 28 % der Beratungsstellen zu. Je ein Viertel der Gesundheitsämter haben einen oder zwei Ärzte, 20 % drei und mehr. Diese Ärzte haben allerdings vorwiegend andere Pflichtaufgaben, so daß nur in 20 % der Ämter auch Bescheinigungen über das Vorliegen einer Indikation ausgestellt werden. Bei Pro Familia werden dagegen in 60 % der Beratungsstellen Indikationen bescheinigt. In Ämtern übernehmen meist Honorarkräfte diese Aufgabe. Die Ärzte bei Pro Familia haben eine differenziertere Fortbildung in Schwangerschaftskonfliktberatung aufzuweisen, als dies bei den Amtsärzten vorausgesetzt werden kann. Über ihre sozialmedizinische und psycho-soziale Grundausbildung hinaus haben nur 35 % der Amtsärzte eine kurze Zusatzausbildung in Schwangerschaftskonflikt-Beratung. Die Mehrheit identifiziert sich offensichtlich nur in begrenztem Umfang mit der Aufgabe, sie zieht die eher unverbindliche Beratung der Notwendigkeit vor, mit der Indikationsfeststellung eine weitreichende Entscheidung treffen zu müssen. In Baden-Württemberg und Bayern ist die Kombination von Beratung und Indikationsfeststellung ohnehin ausdrücklich untersagt. Für die Frau, die einen Schwangerschaftsabbruch anstrebt, wird durch diese Trennung das Verfahren erheblich kompliziert.

Die behördliche Schwangerschaftskonflikt-Beratung ist eine Domäne der Sozialarbeiter. Die Dienststellen verfügen im Schnitt über drei hauptamtliche Sozialarbeiter, ein Drittel hat vier oder mehr. Nur 9 % der Beratungsstellen verfügen über einen Psychologen. Sonstige Berater und Hilfskräfte, auch nebenamtliche, sind selten.

Die normale Ausbildung von Sozialarbeitern umfaßt Gesprächsführung und den Umgang mit gesetzlichen und institutionellen Grundlagen sozialer Hilfe. Eine Zusatzausbildung in Schwangerschaftskonflikt-Beratung (meist ein- oder zweitägige Kurse) geben 50 % der befragten Sozialarbeiter an, Supervision erhalten nur 28 %, zwei Drittel davon als Gruppensupervision, Teambesprechungen über die einzelnen Fälle finden regelmäßig nur bei 14 % statt. Das ist, gemessen an der Komplexität des Beratungsbereichs, sehr wenig Unterstützung für den einzelnen Berater durch ein Team, durch andere Fachkräfte oder durch einen Erfahrungsaustausch mit Beratern in anderen Beratungsstellen.

Überraschenderweise gibt es nur wenige Anzeichen für Spannungen in der Dienststelle oder für eine Beeinflussung des Beratungsvorgangs durch die Behörde. Gewisse Spannungen zwischen Dienststelle und Beratern ergaben sich bei unkonventioneller und eigenwilliger Gestaltung des Arbeitskonzeptes. So wird z. B. hin und wieder eine aktive, aber auch zeitaufwendige Außenarbeit in Schulen und Betrieben mit sexualpädagogischem Beratungsziel von den Dienstvorgesetzten mißbilligt. Auch die Vermittlung der Schwangeren an Ärzte, die die Indikation stellen bzw. einen Abbruch durchführen können, bringt oft Schwierigkeiten für die Berater mit sich. In der eigentlichen Beratung erleben sich die Sozialarbeiter in ihrem Handeln jedoch frei, aber auch alleingelassen, was nicht ausschließt, daß sie aus Gewohnheit oder Identifikation mit dem Amt manche Zwänge gar nicht wahrnehmen.

Für die öffentlichen Träger bedeutet dieses Verfahren eine Verantwortungsentlastung nach unten, auf die Berater. Diese sind damit auf ihr eigenes Wissen und Können und nicht zuletzt auf ihre persönlichen Wertvorstellungen angewiesen. Die meisten Berater empfinden ihre Verantwortung sehr intensiv, intensiver als nach dem Gesetz nötig wäre, da die eigentliche Entscheidung bei der Indikationsfeststellung, und in juristischem Sinn bei dem Arzt, der den Abbruch durchführt, liegt.

> „Es ist für mich belastend, und ich bin froh, daß ich noch andere Arbeiten mache", meint eine Beraterin und eine andere: „Die Schwangerschaftskonfliktberatung hat für mich den Schwierigkeitsgrad einer Partnerberatung mit Suicidgefahr. Die Endgültigkeit macht mir so viel Angst."

Mit diesem Verantwortungsgefühl auf der einen Seite und der oft mangelnden Unterstützung durch Amt, Team, Fortbildung und Supervision auf der anderen

mag es zusammenhängen, daß die meisten Berater zwar ihre zeitliche Belastung durch die Schwangerschaftskonflikt-Beratung als „gering" (50 %) oder „normal" (34 %) einschätzen, viele jedoch die psychische Belastung als „stark" (34 %) oder „extrem stark" (17 %) empfinden.

Das Bedürfnis nach Erfahrungsaustausch und Fortbildung ist sehr groß; solche Möglichkeiten jedoch bei den Dienststellen zu erwirken, scheint den Beratern eher schwierig.

4.4.5 Die Klientel der behördlichen Beratungsstellen

4.4.5.1 Demographische Aspekte

Mehr als die Hälfte der Klientinnen ist älter als 25 Jahre, sehr junge Frauen kommen vergleichsweise selten. In den Ämtern scheint der Typus der verheirateten Frau mit ein – zwei Kindern, die kein weiteres dazu haben möchte, am häufigsten vertreten zu sein. Mit 35 % ist hier aber auch der Anteil der Kinderreichen (Frauen mit drei und mehr Kindern) besonders hoch; er liegt deutlich höher als in der Bundesstatistik, wo diese Gruppe mit 21 % vertreten ist (1978).

Mit Abstand folgen dann die Ledigen, und eine untergeordnete Rolle spielen die Getrenntlebenden, Geschiedenen und Verwitweten. 20 bis 25 % der Beratungsfälle sind Ausländer. Im Unterschied zu Beratungsstellen freier Träger werden mehr Unterschichtsangehörige und Randgruppenangehörige beraten (47 % und 7 %). Die Unterschicht ist hier also deutlich überrepräsentiert.

4.4.5.2 Die Einstellung zur behördlichen Beratung

Die Gründe für die Präferenz der Unterschicht, im Rahmen der Beratungspflicht eher Behörden aufzusuchen, sind vielfältig. Es gibt eine Tradition auf beiden Seiten: Behörden und ihre Sozialarbeiter sind an die Arbeit mit Unterschichtsangehörigen gewöhnt, Unterschichtsangehörige daran, daß sie mit Behörden zu tun haben, an sie verwiesen werden. Wahrscheinlich spielt auch eine Rolle, daß von Behörden eher praktische Hilfen erwartet und vielleicht auch gegeben werden als von Beratungsstellen freier Träger.

Generell ist das Image der Behörden, und damit die Bereitschaft, sich in Schwangerschaftskonfliktfällen an ein Gesundheits- oder Jugendamt zu wenden, bei der Bevölkerung sehr unterschiedlich [77]). Einerseits hält ein hoher Prozentsatz der Bürger sie für sehr empfehlenswert, es sind im wesentlichen konservative, häufig religiös orientierte Menschen, die Vorbehalte gegen den Schwangerschaftsabbruch haben und normative Aspekte der Beratung nicht ablehnen, häufig gehören sie der Unterschicht oder der unteren Mittelschicht an. Andererseits hält ein fast ebenso hoher Prozentsatz von Bürgern die Behörden für wenig empfehlenswert; sie gehören meist dem Mittelstand an und sind emanzipationsorientiert. Besonders belastete Gruppen, wie z. B. alleinstehende Mütter, sind besonders mißtrauisch gegenüber dem gesetzlich vorgeschriebenen Verfahren beim Schwangerschaftsabbruch, sie sind auch Behörden gegenüber mißtrauischer als gegenüber den Beratungsstellen freier Träger.

Verheiratete Frauen, die ihre reproduktiven Pflichten erfüllt zu haben glauben, haben weniger Angst vor Diskriminierung; sie sind deshalb den Behörden gegenüber weniger zurückhaltend. Ungefähr 60 % der Klienten der behördlichen Schwangerschaftskonflikt-Beratung werden von Ärzten oder Kliniken überwiesen, 24 % kommen auf Anraten von Eltern, Freunden oder anderen Institutionen und nur 16 % auf eigene Initiative. Es kann daraus geschlossen werden, daß zwischen den Behörden und den Ärzten und Kliniken der Umgebung mittlerweile eine effektive Zusammenarbeit besteht.

4.4.5.3 Dauer der Beratung und Beratungschancen

Im allgemeinen kommt die Schwangere nur einmal zur Beratung, maximal sind es drei Kontakte. Die Gespräche dauern durchschnittlich 45 Minuten. Das ist sehr wenig Zeit, um bei einer so schwierigen Entscheidung angemessen beraten zu können.

Rd. 50 % der Beratungsstellen bieten regelmäßig Nachkontakte an, allerdings nehmen nur wenige Klientinnen dieses Angebot wahr. Meist umfassen diese Nachkontakte ein bis zwei Gespräche, als Maximum werden zwölf Gespräche angegeben. In diesen Nachkontakten geht es vor allem um allgemeine Lebensberatung, die direkte Vermittlung sozialer Hilfen und um Familienplanung.

Die Klientinnen kommen allerdings meist nur, weil sie gesetzlich dazu verpflichtet sind, und viele fürchten die Beratung und die Indikationsfeststellung mehr als den eigentlichen Abbruch, weil sie erwarten, daß in der Beratung ihr Privatleben preisgegeben werden muß und von anderen wertend beurteilt wird [78]). Mehr als die Hälfte dieser Frauen werden von Ärzten und Kliniken an die Beratungsstellen überwiesen. Die Indikation ist dort bereits bescheinigt worden. 89 % der Klientinnen der behördlichen Beratungsstellen äußern bei ihrem Kommen den Entschluß, die Schwangerschaft abbrechen zu wollen. Wer zur Beratung geht, hat meist das Ziel, dort den „Schein" zu bekommen, einige kommen aber auch mit der Absicht, möglichst viele materielle Hilfen zu erlangen.

Einige Berater fühlen sich durch die daraus resultierenden „Schein-Beratungen" zum „Erfüllungsgehilfen des Gesetzes" degradiert, manche versuchen der Situation das Odium der Prüfung, an deren Ende eine Genehmigung oder deren Verweigerung steht, zu nehmen.

Es läßt sich nicht eindeutig feststellen, wie viele Frauen bei Beratungsbeginn noch bereit sind, eine andere Lösung als den Schwangerschaftsabbruch zu erwägen. Es ist nicht immer leicht, hier Ambivalenzen und Konflikte wahrzunehmen, auch wenn sie vorhanden sein mögen. Da die Frauen im allgemeinen nur einmal zur Beratung kommen, bleibt unbekannt, wie viele sich durch die Beratung zum Austragen der Schwangerschaft bewegen lassen. In den bei der Intensiverhebung referierten Fällen sind es drei von 21, zwei davon erhielten Finanzierungshilfen aus Sonderfonds oder

[77]) Siehe dazu die Ergebnisse der Bevölkerungsumfrage in Kapitel 12, Abschn. 12.2.6.

[78]) Vgl. Bevölkerungsumfrage, Kapitel 12.

Mitteln der Caritas. Dieses Ergebnis kann aufgrund der geringen Fallzahl nicht verallgemeinert werden.

Das Angebot an flankierenden Maßnahmen wird von der Mehrzahl der Berater als unzureichend betrachtet. In der Kenntnis solcher Maßnahmen allerdings unterscheiden sich aktive, engagierte Berater deutlich von anderen. Auch die institutionelle Einordnung der Berater spielt eine Rolle bei der Frage, ob und wie leicht ihnen Hilfsmöglichkeiten zugänglich sind.

Wie intensiv die Berater eine Umstimmung versuchen oder wie sehr sie sich bemühen, den Frauen zu einer eigenständigen Entscheidung zu verhelfen, hängt mit ihren eigenen Wertvorstellungen, ihrer methodischen Ausbildung und den Hilfsmöglichkeiten zusammen, die sie anzubieten haben. Die Wertvorstellungen der Berater sind ewartungsgemäß sehr unterschiedlich.

„Das Ziel ist, wenn es irgendwie drin ist, das Kind zu behalten; aber nicht so absolut. Ich höre mir das an, und man kommt ja dann doch dahin."

„Es ist ein Politikum, wir müssen neutral sein. Wir leben in einer Zeit der Kinderfeindlichkeit. Es gibt Risiken, die mit dem Kinderkriegen, nein, nein, ich meine mit dem Abbruch verbunden sind."

„Es greift in das Feld menschlichen Versagens hinein und erlaubt noch einmal eine Korrektur. Mit dieser Einstellung kann ich handeln."

„Wenn ich in eine Familie komme und sehe, wie die Kinder zugrunde gehen, dann frage ich mich, ist **das** Leben überhaupt lebenswert?"

Vor allem kirchlich orientierte Berater verfügen über einen festen, vorgegebenen Bezugsrahmen für ihre Arbeit. Andere suchen eine pragmatische Lösung, indem sie sich „auf ein mittleres Maß einpendeln" oder sich an Mehrheitsmeinungen ihrer Kollegen orientieren. Eine dritte Gruppe ist bereit, ohne festgelegte Zielvorgaben ein hohes Maß an Eigenverantwortung zu übernehmen, indem sie die Entscheidung der Frau respektiert. Die Mehrheit der Berater möchte selbst neutral und offen für die Ratsuchende sein und der Frau zu einer eigenständigen Entscheidung verhelfen, also nicht-direktiv beraten. Einige haben trotzdem das Gefühl, versagt zu haben, wenn sich die Frau nicht zum Austragen der Schwangerschaft entschließt. Andere akzeptieren den Schwangerschaftsabbruch als Lösung in der jeweils individuellen Situation, wobei die nicht-direktive, klientenzentrierte Beratungstechnik in gewisser Weise entlastend wirkt [79]).

4.4.5.4 Gründe für den Abbruch

Laut Aufstellung der Berater sind die häufigsten Gründe für den Entschluß zum Schwangerschaftsabbruch:

- finanzielle Überlastung durch Schulden
- beengte Wohnverhältnisse
- Angst vor gravierenden Beeinträchtigungen des Lebensstandards
- nicht- oder außereheliche Schwangerschaft
- Überlastung durch bereits vorhandene Kinder
- Konflikte mit dem Partner
- psychische und physische Belastungsunfähigkeit
- zu hohes Alter

[79]) Vgl. Abschnitt 4.3.4.2.

Probleme der Sicherung des Lebensstandards stehen mehr im Vordergrund als Partnerkonflikte. Überlastung durch Studium und Beruf wird dagegen von dieser Klientel nur selten genannt. Eine sehr geringe Rolle spielen auch gesundheitliche Probleme der Frau (Neurosen, Psychosen oder Süchte eingeschlossen).

Wo Indikationen gestellt werden, ist die Häufigkeit der medizinischen Indikation weit höher, als nach der von den Beratern angegebenen Problemliste zu erwarten wäre. Das liegt daran, daß bei eindeutiger medizinischer Indikation eine Beratung durch Sozialarbeiter nicht erforderlich ist; sicher wird jedoch auch in den Ämtern eine medizinische Indikation ohne größere Bedenken bescheinigt, während die Notlage-Indikation mit mehr Zurückhaltung betrachtet wird.

4.5 Beratung durch Ärzte

Berater im Sinne des Gesetzes ist nach § 218 b Abs. 2 Nr. 2 „ein Arzt, der nicht selbst den Schwangerschaftsabbruch vornimmt und

a) als Mitglied einer anerkannten Beratungsstelle mit der Beratung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 betraut ist,
b) von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts als Berater anerkannt ist oder
c) sich durch Beratung mit einem Mitglied einer anerkannten Beratungsstelle oder mit einer Sozialbehörde oder auf andere geeignete Weise über die im Einzelfall zur Verfügung stehenden Hilfen unterrichtet hat".

4.5.1 Schwangerschaftskonfliktberatung in Kliniken und Krankenhäusern

Eine Reihe von Kliniken und Krankenhäusern beteiligt sich seit Inkrafttreten der Reform an der gesetzlich vorgeschriebenen Beratung. Diesen Beratungsstellen liegt, abgesehen von der im Urteil des Bundesverfassungsgerichts definierten Zielsetzung des Schutzes werdenden Lebens und dem in § 218 b Abs. 1 StGB bestimmten verbindlichen Beratungsinhalt, ein Konzept mit spezifischer Schwerpunktbildung zugrunde. Die organisatorische Struktur dieser Beratungsstellen trägt der Situation des Krankenhausarztes in besonderem Maße Rechnung. Er fühlt sich nämlich durch die neue Rechtssituation mehr als der niedergelassene Arzt in eine Verantwortung gedrängt, der er sich weitgehend nicht gewachsen fühlt. Die im Auftrag der Kommission erfolgte Befragung von Krankenhausärzten hat die Erfahrung bestätigt, daß die Indikation einer schwerwiegenden Notlage durch Krankenhausärzte weitaus zurückhaltender als durch niedergelassene Ärzte beurteilt wird [80]). Gleichwohl sehen die Kliniken und Krankenhäuser sich mit gehäuften Einweisungen dieser Art zum Abbruch einer Schwangerschaft konfrontiert. Weder die berufliche Ausbildung noch die praktische Erfahrung des Krankenhausarztes erlaubt es ihm im allgemeinen, eine Entscheidung zu treffen, die nicht nur unter strafrechtlichen Gesichtspunkten, sondern auch auf Grund ärztlicher Urteilsbildung verantwortet werden kann.

[80]) Vgl. Kapitel 6, Abschn. 6.2.2.

Die bis zur Strafrechtsreform geläufigen Gutachter-Kommissionen bei Ärztekammern und Gesundheitsämtern sind seither als beratende Gremien vor der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs entfallen. Mißtrauen und mangelnder Kontakt mit den bestehenden Beratungsstellen, insbesondere mit ortsfremden Einrichtungen lassen es dem Arzt im Krankenhaus oft nicht angezeigt erscheinen, Hinweise auswärtiger Sozialberater als Entscheidungshilfe heranzuziehen. Hinzu kommt, daß der Gesetzgeber auch nicht vorgesehen hat, den Beratungsstellen Informationspflichten für den Arzt als Hilfe zu seiner Urteilsbildung aufzuerlegen. Ohnehin können Informationen nur im Einverständnis mit den betroffenen Frauen weitergegeben werden. Insbesondere die Beratungsstellen in katholischer Trägerschaft legen außerdem bewußt Wert darauf, daß die Weitergabe von Beratungsinhalten an den Arzt zur Feststellung einer Notlage-Indikation unterbleibt, um das Gespräch mit der Schwangeren frei von Druck und jeder Beweispflicht für das Vorliegen einer Indikation zu führen. Andererseits fühlt sich gerade der gewissenhafte Operateur von solchen Hilfen abhängig. Er wird sich nur dann zur Durchführung des Eingriffs bereitfinden, wenn ihm entweder der die Indikation feststellende Arzt oder der von der Schwangeren aufgesuchte Berater als hinreichend qualifiziert und verläßlich bekannt sind, um deren Feststellung und Meinungsbildung zur Grundlage seiner eigenen Entscheidung zu machen.

Aus dieser Perspektive gesehen ist es naheliegend, Beratung und Indikationsfeststellung gemeinsam im Klinik- bzw. Krankenhausbereich anzusiedeln. Daß beratender Arzt und Operateur in keinem Fall identisch sind und die im Gesetz geforderte 3-Tagefrist bis zum Abbruch eingehalten wird, bedarf dabei keiner ausdrücklichen Erläuterung.

Für die Schwangere selbst ergibt sich der Vorteil, daß ihr lange und umständliche Instanzenwege erspart bleiben und im Falle einer Indikation für den Abbruch der Schwangerschaft auch die Gewähr gegeben ist, daß der Eingriff am gleichen Ort durchgeführt werden kann. Die so erzielte zeitliche Verkürzung des Verfahrens macht ihrerseits einen früheren Termin für den Abbruch bei minimaler Gesundheitsgefährdung der Schwangeren möglich.

Gleichzeitig läßt sich eine umfassende Nachsorge, in der sowohl medizinische Aspekte als auch psychische Auswirkungen des Schwangerschaftsabbruchs und Fragen der Familienplanung berücksichtigt werden können, nirgendwo effektiver gestalten als an Kliniken und Krankenhäusern, da ihr späterer Besuch in keiner Weise als stigmatisierend empfunden wird. So verdanken wir z. B. der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg wertvolle Analysen von einige Monate zurückliegenden Schwangerschaftsabbrüchen, die durch retrospektive Interviews und Vergleiche mit früheren Aussagen der betroffenen Frauen auf eindrucksvolle Weise die hervorragende Rolle psychosozialer Faktoren in der Motivation für den Abbruch demonstrieren [81]).

Kliniken und Krankenhäuser nehmen im Gesamtangebot der anerkannten Schwangerschaftskonflikt-Beratungsstellen als Träger einen vergleichsweise geringen Raum ein. Sie sind fast ausschließlich an größeren Frauenkliniken oder Universitätskliniken eingerichtet (z. B. in München, Heidelberg, Mannheim, Würzburg, Frankfurt, Düsseldorf und Essen). Von ihrer Struktur und Organisation sowie der personellen Ausstattung her bieten sie insofern günstige Voraussetzungen, als sie ohnehin über Ambulanzen verfügen und neben Ärzten hier auch Sozialarbeiter, Psychologen, mitunter auch Theologen beider Konfessionen als Mitarbeiter in das Klinikgeschehen integriert sind. Die so angelegte Beratung ist funktionell einer Beratungsstelle vergleichbar, ohne daß die Zahl und Verteilung solcher Angebote den in den einzelnen Bundesländern veröffentlichten Beratungsstellenverzeichnissen zu entnehmen ist [82]).

Die kleine Zahl behördlich anerkannter Beratungsstellen in Kliniken und Krankenhäusern darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß Schwangerschaftskonflikt-Beratung im klinischen Bereich durchaus weiter verbreitet ist. Auf die Anerkennung durch die vorgeschriebenen staatlichen Instanzen wird trotzdem oft verzichtet unter Berufung auf das im Gesetz statuierte Beratungsrecht jeden Arztes, der sich „durch Beratung mit einer Sozialbehörde oder auf andere geeignete Weise" über die im Einzelfall zur Verfügung stehenden Hilfen unterrichtet hat.

Ärztliche Leiter gynäkologischer Kliniken und Krankenhäuser mit Beratungsstellen für Schwangere zeichnen sich im allgemeinen durch sozialmedizinisches Engagement und offenkundiges Interesse an psychosozialen Aspekten der Frauenheilkunde aus, das unabhängig vom Abbruch einer Schwangerschaft auch in anderen Bereichen dieser Fachdisziplin zum Ausdruck kommt. So spricht etwa die Einstellung eines hauptamtlichen Psychotherapeuten in der Klinik dafür, daß psychosozialen Faktoren bei der Diagnose und Therapie im gesamten Gebiet der Frauenheilkunde ein besonderer Wert beigemessen wird.

Allerdings neigen ärztliche Berater in Kliniken und Krankenhäusern im Rahmen der Schwangerschaftskonfliktberatung eher zu einem Beratungsverständnis, das von der Notwendigkeit zielgerichteter Einwirkung auf die Patientin ausgeht. Mehr als in anderen nichtkirchlichen Beratungsstellen spielt hier der normative Denkansatz der Berater eine vorrangige Rolle. Aus- und Fortbildung in den ärztlichen und pflegerischen Berufen sind so sehr an die Lebenserhaltung um jeden Preis unter Einsatz aller verfügbaren technischen Mittel ausgerichtet, daß sich der Abbruch einer Schwangerschaft nur schwer in dieses Denkschema einordnen läßt, insbesondere dann nicht, wenn eine unmittelbare Gefährdung des Lebens der Mutter nicht erkennbar ist. Für den in einer Klinik tätigen Arzt, der sowohl selbst am Beratungsprozeß beteiligt als auch in anderen Fällen mit der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs befaßt sein kann, ist in besonderem Maße eine unmittelbare Problemnähe gegeben, die ihn zu einer größeren Zurückhaltung bei der Indikationsfeststellung veranlaßt.

[81]) Vgl. auch Kapitel 5, Abschn. 5.5 und Literaturangabe dort.

[82]) Die Kommission hat in mehreren Gesprächen mit Ärzten, Krankenhausträgern und betroffenen Frauen, Informationen über die Beratung in Kliniken und Krankenhäusern erhalten.

Wer den aufwendigen technischen und personellen Einsatz in einer Frühgeborenenstation etwa um das Überleben einer untergewichtigen Mangelgeburt kennt, wird zum mindesten Verständnis für eine möglicherweise einseitige Beratung aufbringen, da die Grenzen der subjektiven und der objektiven schwerwiegenden Notlage gerade hier vom ärztlichen Berater häufig nicht zur Deckung gebracht werden können.

Handlungs- und Entscheidungsalternativen werden in einem Rahmen entwickelt, der sich der Interpretation einer schwerwiegenden Notlage durch die den Abbruch vornehmenden Ärzte der jeweiligen Einrichtung anpaßt. Diese Haltung ist psychologisch umso eher verständlich, als beim Entschluß zum Abbruch der Schwangerschaft auf Grund des Beratungsgesprächs die Schwangere davon ausgehen muß, daß ihr in der gleichen Einrichtung auch zur Realisierung ihrer Entscheidung verholfen wird.

Der Berater läuft Gefahr, unglaubwürdig zu erscheinen, wenn er den auch von ihm als richtig erkannten Weg des Schwangerschaftsabbruchs in der betreffenden Einrichtung nicht vermitteln kann.

Um diesem ständigen Konflikt aus dem Wege zu gehen, vermeiden Kliniken und Krankenhäuser daher im allgemeinen jede Werbung für ihre Beratungsdienste, so daß insgesamt nur wenige Frauen den unmittelbaren Weg zu dieser Beratung finden.

4.5.2 Beratung durch niedergelassene Ärzte

Wie aus dem bereits zitierten § 218 b Abs. 2 Nr. 2 c hervorgeht, ist es, um als Arzt schwangere Frauen, die den Abbruch ihrer Schwangerschaft erwägen, dem Gesetz entsprechend zu beraten, nicht unbedingt erforderlich, als Berater offiziell anerkannt zu sein.

Ziel der Ausgestaltung dieser Vorschrift war es, zu vermeiden, daß mit dem Inkrafttreten der Reform Engpässe hinsichtlich der vorgeschriebenen Beratung auftreten. Der beratende Arzt darf im übrigen auch die Indikationsfeststellung treffen, während der Eingriff in jedem Fall von einem anderen Arzt durchgeführt werden muß. Der Kommission liegen keine Informationen darüber vor, in welchem Ausmaß Ärzte von der gesetzlichen Möglichkeit der Beratung ohne Anerkennungsverfahren Gebrauch machen.

Eine größere Gruppe von Ärzten ist in anerkannten **Beratungsstellen** tätig, womit nach § 218 b Abs. 2 Nr. 2 a auf die offizielle Anerkennung verzichtet werden kann. Allein in den insgesamt ca. 95 anerkannten Beratungsstellen der Pro Familia sind derzeit über 200 ärztliche Mitarbeiter tätig [83]), die in regelmäßigen Fortbildungskursen des Verbandes mit den fachlichen Aspekten der Schwangerschaftskonflikt-Beratung vertraut gemacht werden.

Es ist anzunehmen, daß viele **niedergelassene Ärzte** die Aufgabe der Sozial-Beratung zum einen aus Zeitmangel, zum anderen aber auch wegen der fehlenden Abrechnungsmöglichkeit bei den Krankenkassen den Beratungsstellen überlassen und höchstens im Einzelfall, wenn sie mit der persönlichen Situation der schwangeren Frau in besonderem Maße vertraut sind, als Berater tätig werden [84]). Es kann jedoch festgestellt werden, daß seit Inkrafttreten der Reform des § 218 das Interesse der Ärzte an Fortbildungsangeboten in Schwangerschaftskonflikt-Beratung ständig zunimmt. Dies zeigt z. B. die Teilnahme an jährlichen Fortbildungskongressen für Frauenärzte und an Seminaren zum Tema § 218 [85]).

Die Bundesländer haben in ihren Ausführungsbestimmungen **die förmliche Anerkennung als Berater** vom Nachweis der Teilnahme an entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen abhängig gemacht. Nach Mitteilung der Gesundheitsbehörden sind als beratende Ärzte nach § 218 b Abs. 2 Nr. 2 b anerkannt in [86]):

Baden-Württemberg	1
Bayern	0
Berlin	110
Bremen	1
Hamburg	79
Hessen	26
Niedersachsen	20
Nordrhein-Westfalen	45
Rheinland-Pfalz	0
Saarland	0
Schleswig-Holstein	2

Mit weiteren Anerkennungen ist nach Abschluß bereits geplanter Fortbildungsseminare in einigen Bundesländern zu rechnen. Allerdings wurde von diesen auch mitgeteilt, daß sich nicht alle Teilnehmer an solchen Seminaren anschließend um die offizielle Anerkennung bemühen, so daß mit dieser Aufstellung nur eine Mindestanzahl von Ärzten, die als Berater im Sinne des § 218 b tätig werden, erfaßt ist.

Während die im Gesetz vorgesehene Beratung über die medizinischen Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs und die Beratung in den medizinischen Indikationsbereichen für die Ärzte im allgemeinen keine großen Probleme aufwerfen, stößt die Beratung bei psycho-sozialen Problemen, wie sie bei der Notlage-Indikation gegeben sind, auf erhebliche Schwierigkeiten. Die Schwangerschaftskonflikt-Beratung konfrontiert den Arzt mit Problemen, die außerhalb von diagnostisch erfaßbaren, medizinischen Sachverhalten liegen. Erschwerend kommt hinzu, daß die Entwicklung der modernen Wissenschaft – auch der Wissenschaft vom Menschen –, den Blick für „das Ganze" zugunsten der Vertiefung von Teilaspekten hat verkümmern lassen.

Die Schwangerschaftskonflikt-Beratung verlangt vom Arzt ein Verhalten, das dem herkömmlichen Arzt-Patient-Verhältnis nicht entspricht, demzufolge es Aufgabe des Arztes ist, seiner Patientin Rat zu erteilen und Handlungsanweisungen zu geben. Sein Rat ergibt sich dabei ausschließlich auf Grund des von ihm erhobenen Krankheitsbefundes und seiner medizinischen Fachkenntnisse. Der Gesprächspartner kann dazu kaum einen Beitrag geben und wünscht dies oft auch nicht; Bestimmtheit und Eindeutigkeit ärztlicher Anweisungen gelten weithin geradezu als Kriterium beruflicher Qualifikation. Die Schwangerschaftskonflikt-Beratung

[83]) Stand: August 1979.

[84]) Siehe dazu Kapitel 10, Abschn. 10.1.

[85]) Solche Veranstaltungen wurden z. B. an der Universität Mainz, bei den Ärztekammern Nordrhein, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Hessen sowie an der Universität Heidelberg (Tagungen für praktische Sexualmedizin) angeboten.

[86]) Stand: Juli 1979.

als Beratung kritisch mitdenkender und gerade in der Konfliktbeurteilung auch andersdenkender Menschen ohne eigentlichen Patientenstatus ist von sehr vielen Ärzten noch kaum erprobt; sie bedarf deshalb in Zukunft ohne Zweifel größerer Aufmerksamkeit.

Der Arzt, der schwangere Frauen in psychosozialen Notlagen beraten will, sollte deshalb zumindest psychosomatisch orientiert und interessiert sein. Er muß zudem in der Lage sein, im Gespräch mit der schwangeren Frau auf die nur medizinisch-diagnostischen Kategorien seiner Fachsprache zu verzichten und statt dessen in einer nicht-direktiven, einfühlenden Beratung eine gemeinsame Sprachebene zu finden, in der die Frau trotz ihrer Notlage und der häufig daraus resultierenden Panikstimmung Hilfsbereitschaft und Verständnis für ihre Situation verspüren kann.

Der beratende Arzt muß seinen eigenen weltanschaulich-ideologischen Standort genau kennen und gleichzeitig in der Lage sein, diesen ideologischen Standort aus der Beratungssituation auszublenden. Eine gute Beratung drängt nicht in Richtung einer Entscheidung für oder wider den Schwangerschaftsabbruch, sondern sie vermittelt der Ratsuchenden Einsichten und Hilfen zur eigenen Entscheidung.

Nützlich sind deshalb Selbsterfahrungsgruppen, in denen der Arzt als Berater seinen eigenen „blinden Fleck" erlebt und erkennt, so daß seine emotionale Blockierung, die die Wahrnehmung der Gefühle der Patientin verhindert, aufgehoben wird. Insbesondere sind Selbsterfahrungsgruppen nach Art der „Themenzentrierten Interaktion" als kommunikationsfördernde Ausbildung, in der der Arzt lernt, auf die emotionale Schicht der Patienten einzugehen, sehr zu empfehlen [87]).

Erst wenn das Autoritätsgefälle zwischen Arzt und Patientin abgebaut ist, entsteht die Solidarität zwischen Berater und Ratsuchender, die es der Betroffenen ermöglicht, ihre wahren Motive, Ambivalenzen, Wünsche und Interessenkollisionen mit sich selbst, mit dem Partner, mit der Familie, dem Beruf und der Gesellschaft klarer zu sehen. Nur dann wird sie fähig sein, Handlungsalternativen zu entdecken und die verschiedenen Konfliktlösungsmöglichkeiten gegeneinander abzuwägen.

[87]) R. Cohn: Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion, Stuttgart 1975.

5 Die Feststellung der Indikation zum Schwangerschaftsabbruch

Die in Kapitel 3 dargestellten bisherigen Ergebnisse der Bundesstatistik lassen bereits erkennen, daß die Indikationsfeststellung für einen Schwangerschaftsabbruch sich nicht an allgemein akzeptierten und festen Kriterien orientiert. Auch die Abgrenzung der einzelnen Indikationen erfolgt nicht ausschließlich auf Grund objektiver Feststellung medizinischer und psychosozialer Besonderheiten, sondern wird entscheidend mitbeeinflußt durch persönliche Auffassungen und Wertvorstellungen des beurteilenden Arztes.

5.1 Die ärztliche Problematik beim Schwangerschaftsabbruch

Wer sich mit der Problematik des Schwangerschaftsabbruchs und mit den Auseinandersetzungen vor der Reform des § 218 StGB im Jahre 1976 näher befaßt hatte, war darauf vorbereitet, daß nach Inkrafttreten des novellierten Gesetzes auch in der Ärzteschaft nicht mit einer reibungslosen Durchführung dieses Gesetzes, geschweige denn mit einer Annäherung der extremen Standpunkte, gerechnet werden konnte. Die Ursachen für diese Schwierigkeiten, die keineswegs auf den Bereich der Bundesrepublik beschränkt sind, liegen einmal darin, daß Ärzte im Laufe ihrer Erziehung und Ausbildung ebenso wie andere Mitglieder der Gesellschaft von weltanschaulichen Wertvorstellungen geprägt werden, die den Ermessensspielraum, wenn es um die Erhaltung von Leben geht, durch strenge sittliche Normen bestimmen. Auf Grund seines täglichen Umganges mit dem in seiner Existenz und in seiner Qualität gefährdeten Leben wird der Arzt mit solchen Konflikten unerbittlicher konfrontiert als andere Berufsgruppen. Im Problem des Schwangerschaftsabbruchs erfährt dieser Normenkonflikt eine besondere Zuspitzung, da die Güterabwägung zwischen dem Recht des ungeborenen Lebens und der Bedrohung der Gesundheit und psycho-sozialen Befindlichkeit der Mutter eine besondere Herausforderung an das ärztliche Gewissen darstellt.

In der Auseinandersetzung mit diesen Fragen sind verschiedene moralische Grundhaltungen in der Ärzteschaft erkennbar: Ein großer Teil betrachtet jede befruchtete Eizelle als potentiellen Menschen und ihre Beseitigung durch den Schwangerschaftsabbruch aus ihrem naturrechtlichen und religiösen Verständnis als Tötung oder gar Mord an einem menschlichen Leben. Die Tatsache, daß der Embryo – insbesondere in der frühen Schwangerschaft – umfassend mit der Schwangeren verbunden und noch nicht lebensfähig ist, wird bei diesem Denkansatz ebensowenig reflektiert wie der Anspruch der Frau auf die Autonomie ihrer Persönlichkeit. Aus dem gleichen moralischen Grundverständnis entsteht die biologisch enge Rollenerwartung an die Frau, die ihre Erfüllung ausschließlich in der Mutterschaft finden soll [1]).

Zu dieser Gruppe gehören die Ärzte, die im großen und ganzen nur den Schwangerschaftsabbruch aus medizinisch vitaler Indikation billigen können. Viele Ärzte können andererseits die Vorstellung, daß jede befruchtete Eizelle in ihrer Unantastbarkeit der

[1]) Vgl. dazu: H. Droste: „Brutkastenfunktion und Elend der Frau" in: J. Baumann, Hrsg.: „Das Abtreibungsverbot des § 218", 1971 sowie: V. v. Weizsäcker: „Fälle und Probleme", 1977.

menschlichen Person gleichzusetzen sei, nicht nachvollziehen. Sie verweisen darauf, unter welch inhumanen Umständen eine solche Befruchtung zustande kommen kann, und unter Einbeziehung gegenwärtiger und zu erwartender psychosozialer Aspekte wird die Grundfrage der Annahme dieses werdenden Lebens mitreflektiert. Es versteht sich, daß der eigenverantwortlichen Entscheidung der Schwangeren unter diesen Voraussetzungen ein größeres Recht in der Frage des Schwangerschaftsabbruchs eingeräumt wird.

Als weitere moralische Richtschnur sind spezifische berufsethische Normen im Rahmen des viel zitierten hypokratischen Eides zu sehen, dessen unmittelbare Funktion unter Umständen überholt und dessen ursprüngliche Bedeutung oft vergessen ist. Auch in anderen Bereichen laufen starre Normen Gefahr, anachronistisch und lebensfremd, ja lebensfeindlich zu werden, wenn sie versuchen, die große Vielfalt schicksalhaft verflochtener, menschlicher Konflikte im einengenden Rahmen dieser Normen kasuistisch zu erfassen und aufzulisten. Sie werden dann hinter der menschlichen Wirklichkeit immer zurückbleiben.

Zu diesem ethischen Konflikt, den der Arzt weitgehend mit der übrigen Bevölkerung teilt, kommt bei der Konfrontation mit der Notlage-Indikation noch eine weitere Erschwernis hinzu, die in dem weitgehend naturwissenschaftlich ausgerichteten Konzept der medizinischen Berufsausbildung begründet liegt und die oft erkennbare Unsicherheit der Ärzte im sozialmedizinischen Bereich erklärt. Diese durch Schule und Tradition der Ärzteschaft bedingte Schwierigkeit im Umgang mit der Indikation zum Schwangerschafsabbruch findet ihre Erklärung in dem über lange Zeit vorhandenen Trend der medizinischen Wissenschaft, Daten und Fakten für Normales und Abnormes als absolut zu setzen. Im Zuge dieser Entwicklung hat die oft einseitige wissenschaftliche Bearbeitung von medizinischen Indikationen für den Schwangerschaftsabbruch das Schwergewicht vom eigentlich prognostischen Problem auf die scheinbar klare diagnostische Ebene verlagert [2]).

Es überrascht daher nicht, daß Entscheidungen zum Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der medizinischen Indikation durch abgesicherte Diagnosen in den einzelnen Fachdisziplinen erhärtet werden können und damit seit der Novellierung des Gesetzes ebenso wie vorher relativ problemlos getroffen werden. Dies bedingt aber auch, daß der Blick des Arztes für die psychosozialen Aspekte einer Notlage im Falle des Schwangerschaftskonflikts zumindest von seiner Ausbildung her unzureichend oder auch gar nicht geschärft wurde. Erst in neuerer Zeit – nach entsprechender Änderung der Ausbildungsinhalte – werden an den Universitäten medizinische Psychologie und Medizin-Soziologie mehr oder weniger erfolgreich in den Lehrplan integriert. Solche Reformen können in der Praxis jedoch kaum kurzfristig wirksam werden. Denn theoretische Kenntnisse über psychologische Fakten und Vorgänge ohne die Schule der Selbsterfahrung vermitteln nicht im erforderlichen Maße die Fähigkeit zur Einfühlung in menschliche Konflikte.

[2]) Zitiert nach E. Seidler: Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch – Probleme der Tradtion, in H. Lau, Hrsg.: Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch, 1976.

Theoretisches Wissen allein kann zunächst sogar die Distanz zwischen dem Arzt und der Schwangeren vergrößern.

Eine derartige Verkürzung des Unterrichts auf Theorievermittlung hin ist jedoch in weiten Bereichen weniger auf zu theoretische Konzepte dieser Fächer als vielmehr auf ihre mangelnde personelle Ausstattung zurückzuführen, die eine bei ihnen besonders notwendige Arbeit in kleinen Gruppen weitgehend unmöglich macht.

Prinzipiell ist bei der Indikationsfeststellung für den Schwangerschaftsabbruch zu berücksichtigen, daß es sich bei der Indikationsfeststellung nicht um eine **Be**schreibung der Situation der Frau handelt, sondern um eine **Zu**schreibung, d. h. um eine Zuordnung einer konkreten Situation zu einer gesetzlich vorgegebenen Indikation [3]). Dieser Prozeß wird durch zahlreiche soziale Rahmenbedingungen beeinflußt, z. B. (1) durch die Kompetenz des Arztes, insbesondere psychosoziale Notlagen zu erkennen, (2) durch soziale Merkmale der Frau und durch ihre Fähigkeit, ihre Problematik einleuchtend und eindringlich darzustellen, (3) durch die Beziehung zwischen ratsuchender Frau und dem die Indikation stellenden Berater/Arzt, (4) durch die Akzeptabilität der gestellten Indikationen durch die abbrechenden Ärzte, (5) durch Normen und ethische Vorstellungen innerhalb der Ärzteschaft, sowie (6) durch die Palette der zur Verfügung stehenden Indikationen.

Entsprechend werden bei den Indikationen **nicht etwa „Gründe"** erfaßt werden können, **sondern ausschließlich „Begründungen".** Wird eine neue Indikation in den Katalog der Indikationen aufgenommen – wie die „sonstige schwere Notlage" im Zuge der Strafrechtsreform – so werden häufig Tatbestände, die zuvor unter anderen Indikationen firmierten, nunmehr unter diese neue Indikation subsumiert.

Die häufig noch mangelnde ärztliche Fachkompetenz bei der Indikationsfeststellung und die quantitativ noch unzureichende Beteiligung der Ärzteschaft führen in vielen Fällen aber auch dazu, daß medizinische und kindliche Indikationen nicht als solche erkannt, sondern unter die Indikation der sonstigen schweren Notlage subsumiert werden, deren Anteil an der Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche entsprechend hoch ist. Vor allem im Hinblick auf die häufig geäußerte Kritik am Ansteigen der Notlage-Indikationen muß deshalb hervorgehoben werden, daß die Zuordnung zur Notlage-Indikation in vielen Fällen nicht gerechtfertigt ist.

Von nicht-ärztlicher Seite wird häufig auch daran Kritik geübt, daß **jeder** Arzt nach dem Gesetz berechtigt ist, eine Indikation festzustellen, sofern er in der Bundesrepublik approbiert ist.

Um deutlich zu machen, daß eine gesetzliche Regelung notwendig war, die den Ärzten aller Fachdisziplinen die Beteiligung an der Indikationsfeststellung ermöglichte, soll im folgenden ein Überblick über die zahlrei-

[3]) Zum Problem der Beschreibung und der Zuschreibung (Deskription und Askription) vgl. Sack 1968; dort wird dies am Beispiel der Zuschreibung von abweichendem Verhalten zu Straftatbeständen bei der Rechtsprechung deutlich gemacht. Prinzipielle Schwierigkeiten bestehen bei der Indikationsfeststellung.

chen Bereiche möglicher Indikationen gegeben werden, wobei außerdem bedacht werden muß, daß diese Auflistung medizinischer und kindlicher Indikationen im Rahmen des Kommissionsberichts auf erschöpfende Ausführlichkeit verzichtet.

Für viele Ärzte, die selbst Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, liegt in der gesetzlichen Regelung allerdings eine weitere Schwierigkeit: Die Letztverantwortung für die Indikation liegt nicht bei dem (beratenden) Arzt, der die Indikation feststellt, sondern bei dem Arzt, der den Abbruch durchführt. Diese Regelung folgt zwar einem generellen Prinzip in der Medizin, wirft aber bei der Notlage-Indikation besondere Probleme auf: dadurch wird die Entscheidung des fachlich für die Beratung und Indikationsfeststellung kompetenten Arztes zu einem formalen Akt heruntergespielt, während der von seiner Ausbildung und der ihm zur Verfügung stehenden Zeit her nicht für die Schwangerschaftskonfliktberatung und Indikationsfindung kompetente klinische Operateur überfordert wird.

Ferner führt diese Regelung dazu, daß Frauen mit einer Notlage-Indikation sich in Krankenhäusern oft erneut legitimieren müssen und daß ärztliche Berater in Gebieten, wo Notlage-Indikationen nur schwer weiterzuvermitteln sind, bei der Indikationsfeststellung in einen der Sache abträglichen Legitimationsdruck gegenüber ihren den Abbruch durchführenden Kollegen kommen.

5.2 Die medizinische Indikation

Gemäß § 218 a Abs. 1 Nr. 2 ist der Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt nicht strafbar, wenn er „unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann".

Medizinische Indikationen für den Abbruch einer Schwangerschaft können sich fast in allen klinischen Bereichen ergeben und werden von der überwiegenden Mehrzahl der Ärzte vorbehaltlos akzeptiert. Allerdings bedarf der Arzt, der die Indikation feststellt, einer klaren Diagnose, die den Rechtfertigungsgrund abgibt. Dabei kann es in schwierigen Grenzfällen durchaus erforderlich werden, die Relevanz der einzelnen Befunde durch ein interdisziplinäres Konsilium zu erhärten. Im Rahmen des vorliegenden Berichtes kann dazu nur ein allgemeiner Überblick gegeben werden.

Für den mit der Feststellung der Indikation befaßten Arzt hat die Mittelrheinische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie versucht, alle eine medizinische Indikation rechtfertigenden Gesundheitsschäden unter Berücksichtigung der einzelnen klinischen Fachgebiete zusammenzustellen [4]). Dies schließt nicht aus, daß fachlich begründete Ansichten der Ärzte über die eine oder andere Indikation zum Schwangerschaftsabbruch divergieren, wie dies allgemein auch für den therapeutischen Bereich zutrifft. Die genannte Indikationsliste kann daher nicht in jedem Einzelfall als verbindlich verstanden werden. Schon der Versuch der Abgrenzung absoluter von relativen Indikationen macht deutlich, daß unterschiedliche Ansichten vertreten werden und damit auch unterschiedliche Entscheidungen möglich sind. Überdies sind viele Erkrankungen einem Wandel unterworfen. Der Wandel resultiert einmal daraus, daß Erkrankungen, die noch vor etwa 40 Jahren einen gewichtigen Platz in der Indikationsliste einnahmen, wie z. B. die Tuberkulose, durch die Entwicklung hochwertiger Chemotherapeutika heute kaum noch eine Rolle in diesem Zusammenhang spielen. Zum anderen hat die Weiterentwicklung der Operations- und Narkosetechnik die Möglichkeit geschaffen, organische Veränderungen, wie z. B. Herzklappenfehler, in der Schwangerschaft unter Umständen erfolgreich zu operieren. Dies macht verständlich, daß in der Medizin zwischen relativen und absoluten Indikationen unterschieden wird. Relativ bedeutet hier, daß der Entschluß zum Schwangerschaftsabbruch vom Schweregrad, von der Progredienz der Krankheit, von der Frage, ob die erforderlichen Medikamente oder Bestrahlungen dem ungeborenen Kind nicht schaden sowie von der Bewertung des indizierenden Arztes abhängen. Dabei muß der Einstellung der Frau ebenfalls große Bedeutung beigemessen werden. So kann z. B. einer Frau zwei Jahre nach Abschluß einer erfolgreichen Therapie eines Brustdrüsenkrebses ein Kinderwunsch durchaus erfüllt werden. Bei der absoluten Indikation hingegen sind der ungünstige Verlauf und die Verschlimmerung des Krankheitsbildes während der Schwangerschaft als so gesichert anzusehen, daß die Unterlassung eines Schwangerschaftsabbruchs nahezu einem ärztlichen Kunstfehler gleichkommt.

Es kann also nur ein allgemeiner Überblick über die Krankheitsgruppen gegeben werden, die unter Umständen als Begründung für eine medizinische Indikation in Betracht kommen:

a) aus dem Bereich der Inneren Medizin:
   - schwere Lebererkrankungen
   - schwere Lungen- und Nierenkrankheiten mit progressiver Funktionseinschränkung dieser Organe
   - progrediente Thrombosen- und Emboliefomen
   - schwere Herzerkrankungen (Grad III u. IV)
   - schwere Zuckerkrankheit
   - Blutkrebs (Leukämie usw.)
   - Gehirnentzündung

b) aus dem Bereich der Chirugie:
   - Bösartige Tumoren (Carcinome, Sarkome)
   - Septischer Schock
   - Unfallfolgen mit Verletzung der Organe des kleinen Beckens wie Rectum und Harnblase
   - Schädel-, Hirnverletzungen, die zu Wesensveränderungen oder dauerndem Bewußtseinsverlust führen

c) aus dem Breich der Gynäkologie:
   - schwere Schwangerschaftsvergiftungen (sog. EPH-Gestosen)
   - schwere schwangerschaftsbedingte Erkrankungen der Leber, Niere und des Pankreas, die u. a. zu Schrumpfungen dieser Organe führen

[4]) H. Lau, Hrsg. a.a.O.

d) aus dem Bereich der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde:
- bösartige Geschwulste
- Otosklerose
- Kehlkopftuberkulose

e) aus dem Bereich der Hautkrankheiten:
- bösartige Hauttumoren
- Lupus erythematodes
- Progressive Sklerodermie
- Dermatomyositis

f) aus dem Bereich der Neurologie:
- Hirnkrampfleiden (schwere Epilepsie mit Wesensveränderungen)
- traumatische Hirnschäden (Wesensveränderungen/dauernde Bewußtlosigkeit)
- Hirntumoren
- seltenere, durch Nervenlähmung und Muskelschwäche gekennzeichnete Krankheitsbilder

g) aus dem Bereich der Psychiatrie:
- endogene und reaktive Depressionen mit Suizidneigung
- Erschöpfungsdepressionen bei chronischer Überforderungssituation
- Suchtkrankheit.

Während medizinische Indikationsstellungen im Bereich der somatischen Erkrankungen durch die Entwicklung hochwertiger Chemotherapeutika und schonender Operations- und Narkoseverfahren in der Praxis rückläufig sind, haben psychiatrische Indikationsstellungen relativ und absolut zugenommen. Dies liegt einmal an der beginnenden Integration neurotischer und psychosomatischer Krankheitsbilder in die klassische Psychiatrie, zum anderen aber auch an der echten Zunahme dieser Erkrankungen in unserer Gesellschaft. So wird der 1978 ermittelte Anteil von 18 % psychiatrischer Indikationen an der Gesamtzahl der medizinischen Indikation verständlich. Es ist aber auch nicht zu übersehen, daß ein Teil der Notlage-Indikationen wegen der gleichzeitig festgestellten Gefährdung der seelischen Gesundheit der Schwangeren in der Ebene der medizinischen Indikationen eingeordnet wird, in der die unmittelbare ärztliche Verantwortung eher akzeptiert wird. Dies geschieht erfahrungsgemäß in vielen Fällen auch im Interesse der betroffenen Frauen, z. B. im Hinblick auf den Krankenhausträger, der nur die medizinische Indikation für die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs zuläßt. Dieser Vorgang hat mit Sicherheit erhebliche Konsequenzen für die Interpretation statistischen Materials und damit für die gesellschaftlich vermittelte Vorstellung der Schwangerschaftsabbruch-Problematik [5].

[5]) Vgl. dazu die Ausführungen in Kapitel 3 sowie zahlreiche Interpretationen der bisher veröffentlichten statistischen Daten des Schwangerschaftsabbruchs, bei denen eine Zunahme der Meldungen häufig ausschließlich als Ausdruck einer tatsächlichen Zunahme der Anzahl von Schwangerschaftsabbrüchen angesehen wurde.

5.3 Die kindliche Indikation [6])

Ein Schwangerschaftsabbruch ist gemäß § 218 a Abs. 2 Nr. 1 bis zur 22. Woche straffrei, „wenn dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß das Kind infolge einer Erbanlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustandes leiden würde, die so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann, ..."

In dem Begriff der kindlichen Indikation ist die ursprünglich als eugenisch oder auch als genetisch bezeichnete Indikation eingeschlossen. Der weitergefaßte Begriff der kindlichen Indikation erscheint schon deshalb gerechtfertigt, weil es über die zu erwartenden erblich bedingten Krankheiten oder Mißbildungen des Kindes hinaus auch auf dem Wege über Umwelteinflüsse zu gravierenden Schädigungen des Kindes im Mutterleib kommen kann, ohne daß diese jedoch erblich sind.

5.3.1 Genetische Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch

Sieht man vom „DOWN Syndrom", einem durch Chromosomenveränderung bedingten und als Mongolismus bekannten Krankheitsbild, und von Schlußstörungen des Neuralrohres (offener Rückenmarkskanal) einmal ab, so präsentieren sich die meisten genetischen Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch als relativer Natur.

Dies wird z. B. bei der Hämophilie (Bluterkrankheit) deutlich. Das weibliche Geschlecht kann an dieser Krankheit selber nicht manifest erkranken, sondern nur als Überträgerin in der Schwangerschaft gelten. Alle von einer solchen Frau geborenen Mädchen sind in ihrem äußeren Erscheinungsbild gesund und nur 50 % davon vererben die Hämophilie weiter. Von den Knaben, die von einer Überträgerin geboren werden, sind 50 % mit der Krankheit behaftet. Ob ein Mädchen oder ein Knabe geboren wird, kann zwar aus dem Fruchtwasser diagnostiziert werden, ob der Knabe jedoch gesund oder krank sein wird, ist vorher nicht festzustellen. Dies macht deutlich, wie wichtig die Einbeziehung der betroffenen Frau und der Familie in die Entscheidung ist, zumal bluterkranke Knaben eine erhebliche psychische und physische Belastung für eine Familie mit sich bringen.

Der dem Arzt bei seiner Entscheidung gegebene Ermessensspielraum kann nur dann sinnvoll ausgefüllt werden, wenn er sich den Familien gegenüber als sachverständiger Gesprächspartner versteht, der sich bemüht, ihnen durch sachliche Auskünfte und gemeinsames Abwägen des Für und Wider zu helfen, den für sie im Einzelfall richtigen Weg zu finden.

Deshalb ist es zu begrüßen, daß der Gesetzgeber sich nicht um eine kasuistische Regelung der möglichen Einzelfälle bemüht, sondern dem Facharzt einen breiten Ermessensspielraum gegeben hat, ohne bestimmte Prozentzahlen und Wahrscheinlichkeiten, mit denen

[6]) Siehe dazu auch das ausführliche Gutachten zur Genetischen Beratung von H. Oepen im Materialband zum Kommissionsbericht.

eine kindliche Schädigung zu erwarten wäre, festzulegen [7]).

Der Nachweis bestimmter genetischer Schäden kann mittels Chromosomendiagnostik und serologisch-biochemischer Methoden erfolgen. Die hundertprozentige Sicherheit, ein gesundes Kind zu bekommen, garantiert aber auch die beste genetische Beratung und pränatale Diagnostik nicht. Dem Verlangen nach Vermeidung jeglichen Risikos und jeder künftigen Belastung kann daher nicht entsprochen werden. Im Hinblick auf eine solche Erwartungshaltung bedarf es gründlicher Überlegungen, ob und wie eine ethisch, psychologisch und juristisch bedenkliche Entwicklung in weiten Kreisen unserer Bevölkerung zu beeinflussen ist, und die Medizin selbst muß sich die Frage stellen, wie weit sie an der Entwicklung dieser Erwartungshaltung beteiligt ist. Der Überbewertung genetischer Risiken in der Bevölkerung steht dabei die Tatsache gegenüber, daß bei 95 % der in die genetische Beratung kommenden Schwangeren das Austragen der Schwangerschaft als unbedenklich erklärt werden kann.

5.3.2 Viruserkrankungen als Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch [8])

Unter der Vielzahl von infektiösen Krankheiten führen insbesondere Virusinfektionen zur Miterkrankung des ungeborenen Kindes. Auf diese Weise kann es sowohl zu Früh- und Fehlgeburten als auch zu organischen Mißbildungen kommen. Nicht alle diese Erkrankungen der Schwangeren haben jedoch Mißbildungen zur Folge. Zu den Virusinfektionen, bei denen kindliche Schädigungen als ziemlich gesichert gelten und daher im Zweifelsfall für einen Abbruch entschieden werden kann, gehören:

- Röteln, die bei Infektion während des ersten Schwangerschaftsdrittels in 30 bis 40 % der Fälle zu einer Fruchtschädigung führen (Hörschäden, Augenschäden, Herzfehler, geistige Retardierung),
- Zytomegalie, die vor allem in der Frühschwangerschaft relativ häufig zu Hirnschäden mit Hör- und Sprachdefekten und geistiger Behinderung sowie zu Fehlbildungen führen kann,
- Windpocken (Varicellen) mit Störungen der Organbildung an Hirn und Auge und den daraus resultierenden Entwicklungsschäden,
- Lymphozytäre Choriomeningitis (Hirnhautentzündung) mit Hirnschäden, gravierenden Hör- und Sprachdefekten und Wasserkopfbildung.

Als Virusinfektionen, bei denen es zwar zur Miterkrankung des ungeborenen Kindes, nicht aber zu Fehlbildungen kommt, sind Mumps, Pocken (einschließlich Impfpocken), Poliomyelitis (Kinderlähmung) und Hepatitis A/B zu nennen. Auch hier hängt das Ausmaß der Schädigung weitgehend davon ab, ob die Infektion im ersten Drittel der Schwangerschaft in der Zeit der Organbildung oder zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt ist.

[7]) Vgl. auch F. Vogel: Genetische Indikationen in: H. Lau, Hrsg. a.a.O.

[8]) Vgl. H. Spieß, J. D. Murken: „Virusembryopathien als Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch", in H. Lau, Hrsg. a.a.O.

Wie bei der Prüfung genetischer Schäden ist auch bei Viruserkrankungen die Einbeziehung der Betroffenen in die Entscheidungsfindung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch von großer Wichtigkeit, da die Chance, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen, durchaus vorhanden ist.

5.3.3 Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch nach Einwirkung von Pharmaka

Empfindlich für eine Schädigung durch chemische Substanzen (meist durch Medikamente) ist vor allem der Zeitraum vom 15. bis 42. Tag nach der Empfängnis. Allerdings sind auch über die 12. Woche hinaus bis zur Geburt noch das Gehirn, die Augen und die weiblichen Geschlechtsorgane in ihrer Entwicklung beeinflußbar. Bei der Entscheidung über das Vorliegen einer Indikation für den Schwangerschaftsabbruch sind die unterschiedlichen Gefährdungsmerkmale folgender Stoffgruppen in Betracht zu ziehen:

- Substanzen, die zu irreparablen Schäden führen und eine absolute Indikation zum Schwangerschaftsabbruch rechtfertigen,
- Substanzen, deren Schädlichkeit für die Frucht umstritten ist,
- Substanzen, die korrigierbare, leichtere Schäden hervorrufen.

Aus den beiden letzteren Gruppen würden sich demnach relative Indikationen zum Abgruch einer Schwangerschaft ergeben. Von dauernden Schäden ist mit großer Wahrscheinlichkeit auszugehen bei:

- mütterlichen Vergiftungen durch Schwermetalle (Blei, Quecksilber), durch schweren chronischen Alkoholismus und durch Pilzvergiftungen,
- Behandlung mit Zytostatika, wie sie vor allem bei bösartigen Erkrankungen erfolgt,
- Behandlung mit Thyrestatika, die eine Veränderung der Schilddrüsenfunktion zum Ziel hat.

Durch Thalidomid (Contergan) verursachten schweren Schädigungen ist dagegen heute nur noch historische Bedeutung beizumessen.

Die Folgen einer Pharmaka-Schädigung können sowohl ein Spontanabort, als auch Tot- oder Frühgeburt, Mißbildungen, Retardierungen oder Intelligenzdefekte sein.

5.3.4 Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch nach Einwirkung ionisierender Strahlen

Unter den ionisierenden Strahlen spielen in der Praxis in erster Linie die Röntgenstrahlen eine Rolle. Nur in Ausnahmefällen können auch Radium-, Cäsium-, Telekobaltstrahlen und schnelle Elektronen in diesem Zusammenhang von Bedeutung sein. Auch radioaktives Jod, das in der modernen Schilddrüsendiagnostik verwandt wird, kann in den beiden ersten Schwangerschaftsmonaten zu Schädigungen der Frucht führen. Die biologische Zelle ist um so empfindsamer gegenüber der Strahleneinwirkung, je intensiver sie am Stoffwechselvorgang beteiligt ist und je häufiger sie eine Teilung vollzieht. Bei Strahlenexposition bis zum 9. Tag nach der Befruchtung und in der Organbildungsphase vom 9. bis 40. Tag nach der Befruchtung ist daher von besonderer Sensibilität der kindlichen Zellen auszugehen. Die Schädigung durch ionisie-

rende Strahlen kann einerseits genetische Schäden mit Genmutationen und Chromosomenaberrationen zur Folge haben, die sich naturgemäß erst in der nächsten Generation offenbaren, oder andererseits somatische Schäden mit Störungen der Keimdrüsendifferenzierung, der Blutbildungsstätten im Organismus und der Differenzierung des zentralen Nervensystems. Weitere strahlenbiologische Einwirkungen, gekennzeichnet durch Beeinflussung der Immunreaktionen und die Auslösung bösartiger Erkrankungen nach der Geburt, konnten an Kindern zur Zeit der Atombombenabwürfe in Japan beobachtet werden.

Vor jeder strahlendiagnostischen oder strahlentherapeutischen Maßnahme ist der Arzt verpflichtet, die Möglichkeit einer bei der Patientin bestehenden Schwangerschaft zu überprüfen [9]).

In Übereinstimmung mit internationalen Erfahrungen gilt als absolute Indikation zum Schwangerschaftsabbruch, wenn die Dosis von 10 rem in der Phase der Organbildung des Kindes überschritten wurde, als relative Indikation eine Strahlenexposition zwischen 2 und 10 rem.

Die Internationale Strahlenschutzkommission empfiehlt die Gesamtstrahlenbelastung des ungeborenen Kindes während der ganzen Schwangerschaft auf eine Dosis von max. 1 rem zu begrenzen.

5.4 Die kriminologische (ethische) Indikation

Gemäß § 218 a Abs. 2 Nr. 2 ist der Abbruch einer Schwangerschaft straffrei, wenn „an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 179 begangen worden ist und dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß die Schwangerschaft auf der Tat beruht". Seit der Empfängnis dürfen nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sein.

Die kriminologische oder ethische Indikation umfaßt demnach folgende Tatbestände:

- Schwangerschaft als Folge sexuellen Mißbrauchs von Kindern unter 14 Jahren – § 176 StGB
- Schwangerschaft durch Notzucht – § 177 StGB
- Schwangerschaft durch sexuelle Nötigung – § 178 StGB (z. B. Ehemann zwingt seine Frau zum Beischlaf mit Dritten)
- Schwangerschaft als Folge eines sexuellen Mißbrauchs Widerstandsunfähiger – § 179 StGB (Bewußtseinsstörung, Schwachsinn und anderes).

Obschon die Überprüfung dieser Voraussetzungen für den Arzt oft mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist, zeigt sich die überwiegende Mehrzahl der Ärzte der kriminologischen Indikation gegenüber verständnisvoll eingestellt. Allerdings wird von den Betroffenen meist erwartet, daß sie das Delikt auch polizeilich anzeigen. Dies kann um so mehr erwartet werden, als das schamhafte Verschweigen einer der in Frage kommenden Straftaten den weiteren Opfern des nicht gestellten Täters schadet.

Die betroffenen Frauen empfinden allerdings in den meisten Fällen die Bedingung der polizeilichen Anzeige als unzumutbar. Es ist auch zu berücksichtigen, daß viele Frauen nach dem Schock einer solchen Gewalttat kaum in der Lage sind, sofort die möglichen Folgen zu bedenken und dementsprechend prophylaktisch zu handeln. In der juristischen Kommentarliteratur wird deshalb auch nicht der Standpunkt vertreten, es müsse als Vorbedingung für die kriminologische Indikation eine Anzeige erstattet werden. Vielmehr wird darauf hingewiesen, daß das Gesetz offenlasse, auf welche Weise der Nachweis für die Straftat zu erbringen sei. Es verlange lediglich die Feststellung der Indikation „nach ärztlicher Erkenntnis", das bedeute, daß der Arzt nicht zu quasi polizeilichen Ermittlungen verpflichtet sei, sondern sich auf die ihm als Arzt verfügbaren Erkenntnismittel beschränken könne. Besonders hervorzuheben ist, daß von allen im Gesetz vorgesehenen Indikationen nur bei der kriminologischen Indikation auf die Prüfung der Zumutbarkeit für die Schwangere verzichtet worden ist: sind die Voraussetzungen dieser Indikation gegeben, so gilt kraft unwiderleglicher Vermutung die medizinisch-soziale Indikation als erfüllt, ohne daß noch der Nachweis der nicht abwendbaren Konfliktlage der Schwangeren bzw. der möglichen Vermeidbarkeit des Schwangerschaftsabbruchs etwa aufgrund eines Adoptionsangebotes erbracht werden muß [10]).

Sucht die Frau unmittelbar nach der Tat den Arzt auf, können ihr durch Verhinderung der Nidation mittels hoher Östrogen- oder Gestagendosen sogar ein Schwangerschaftsabbruch und die damit verbundenen Verfahrenswege erspart bleiben. Der Frau zum Austragen der Schwangerschaft und zur anschließenden Adoption des Kindes zu raten, wie es einige Autoren vorschlagen, wird von den meisten Schwangeren als Zumutung empfunden, die nach ihrer Ansicht eine Würdigung der Persönlichkeit der Frau vermissen läßt.

5.5 Die Notlage-Indikation

Nach § 218 a Abs. 2 Nr. 3 ist der Abbruch einer Schwangerschaft straffrei, wenn er „angezeigt ist, um von der Schwangeren die Gefahr einer Notlage abzuwenden, die

a) so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann, und

b) nicht auf eine andere für die Schwangere zumutbare Weise abgewendet werden kann."

Seit der Empfängnis dürfen nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sein.

---

[9]) Zur Vermeidung von Strahlenschäden an Schwangeren sind einige Schutzmaßnahmen getroffen worden, die dennoch nicht verhindern können, daß eine Frau in der Zeit von der Empfängnis bis zum Ausbleiben der ersten Menstruation sich unwissend einer Röntgenstrahleneinwirkung aussetzt. Dafür sind von den Radiologen im Zusammenwirken mit den Ingenieuren der Herstellerfirmen die Werte der Oberflächendosen, der Herddosen und der Keimdrüsendosis für die einzelnen Röntgenuntersuchungen in Skalen erfaßt worden; aus diesen Expositionswerten können die Kriterien für einen eventuell zu indizierenden Schwangerschaftsabbruch abgelesen werden. Darüber hinaus soll angestrebt werden, für jeden Röntgen-Patienten eine Art Röntgen-Paß anzulegen, damit über die gesamte Strahlendosis im Verlaufe seines Lebens Buch geführt werden kann.

[10]) Vgl. dazu: A. Eser in Schönke/Schröder: StGB, 19. Auflage; E. Dreher: StGB, 37. Auflage.

5.5.1 Definitionsproblem

In der ärztlichen Diskussion wurde vor der Novellierung des § 218 wiederholt darauf hingewiesen, daß mit der Einführung einer Indikationsregelung zwangsläufig das Definitionsproblem der Notlage gegeben wäre. Wenn nach der in Kapitel 6 beschriebenen Befragung [11]) 62 % der gynäkologischen Chefärzte starke Vorbehalte bis hin zur Ablehnung gegenüber der Notlage-Indikation äußern, so ist diese Zahl weniger als ein aus weltanschaulichen Gründen entstandener Widerstand zu verstehen, sondern vielmehr als Signal für eine verständliche Unsicherheit und für die Furcht, im Rahmen der Notlage-Indikation den sicheren Boden medizinisch-diagnostischen Ermittelns verlassen zu müssen.

Die Unsicherheit der Ärzte vor allem in bezug auf die Indikationsfeststellung bei einer schweren Notlage ist auch dadurch begründet, daß die Tatbestandsbeschreibung in § 218 a Abs. 2 Nr. 3 keine genau umschriebenen Kriterien zur Beurteilung der Notlage angibt, sondern den Ermessensspielraum des Arztes nur unbestimmt abgrenzt, indem die Zumutbarkeit für die Frau, die Schwangerschaft fortzusetzen, als einziger Anhaltspunkt genannt wird.

5.5.2 Kriterien der Notlage-Indikation

Um dem Arzt in der täglichen Praxis Anhaltspunkte zur Beurteilung psycho-sozialer Faktoren, die eine Notlage der schwangeren Frau begründen und damit den indizierten Schwangerschaftsabbruch ermöglichen können, zu geben, wurde verschiedentlich der Versuch gemacht, auf der Grundlage von Erfahrungen in der Praxis einen Kriterienkatalog aufzustellen, der eine möglichst vollständige Erfassung psycho-sozialer Notlagen enthalten sollte.

So wurde z. B. anhand von Fall-Analysen an der Universitätsfrauenklinik in Heidelberg ein solcher Kriterienkatalog von einem Gremium aus Gynäkologen, Psychosomatikern, Sozialarbeitern und Klinikseelsorgern erarbeitet [12]). Dabei wurde davon ausgegangen, daß psycho-soziale Faktoren sowohl zu reaktiven Depressionen und Kurzschlußhandlungen, als auch bei fortbestehender Schwangerschaft zu akuten oder chronischen Notlagen führen können. Auch wurde die Erfahrung gemacht, daß eine Vielzahl angebotener Hilfen (Adoptionsvermittlung, konkrete finanzielle Unterstützung, Besorgung einer Haushaltshilfe, Unterbringung in einem Mutter-Kind-Heim, Besorgung einer Wohnung, Beschaffung eines Kinderkrippenplatzes, Vermittlung weiterer Beratung und Therapie) nur in ganz wenigen Fällen den psycho-sozialen Konflikt auflösen und die Fortsetzung der Schwangerschaft bewirken konnte.

Die Zusammenstellung eines solchen Kriterienkatalogs mag zwar für viele Ärzte eine gewisse Hilfe bei der Beurteilung des Einzelfalles bieten, die Kommission ist jedoch aufgrund vieler Erfahrungsberichte und Einzelinformationen zu dem Ergebnis gekommen, daß nur eine gründliche Ausbildung des Arztes in psychologischer Gesprächsführung und Beratung, verbunden mit einer umfassenden Erfahrung im Umgang mit psychosozialen Konflikten, die in ihrer Vielfalt eine vollständige Katalogisierung ohnehin unmöglich machen, der Realität gerecht werden kann. Dieser Realität hat auch der Gesetzgeber mit dem ausdrücklichen Verzicht auf die Nennung von Regelbeispielen Rechnung getragen.

5.5.3 Ökonomische Aspekte der Notlage

Schon der vielfach verwandte Begriff der „sozialen Notlage" signalisiert die verkürzte Vorstellung von der Notlage-Indikation sowohl bei vielen Ärzten als auch in der Öffentlichkeit. Ein großer Teil der Bevölkerung versteht unter diesem Begriff offensichtlich nur wirtschaftliche, überwiegend finanzielle Schwierigkeiten, die daher auch mit finanziellen Mitteln und materiellen Hilfen kompensiert werden können.

Auch viele Ärzte vertreten die Auffassung, einen Schwangerschaftsabbruch auf Grund einer wirtschaftlichen Notlage dürfe es in der Bundesrepublik nicht mehr geben, da in einer Wohlstandsgesellschaft soziale Hilfen zur Behebung einer Notlage in ausreichendem Maße zur Verfügung gestellt werden müßten. Abgesehen davon, daß die sozialen Hilfen von den Beratungsstellen als unzureichend bezeichnet und zudem in manchen kommunalen Ämtern noch sehr restriktiv gehandhabt werden, ist die finanzielle Not nur **eine** Komponente von Schwangerschaftskonflikten im Rahmen einer schwerwiegenden Notlage, so daß auch großzügige finanzielle und materielle Unterstützungsmaßnahmen in sehr vielen Fällen die Notlage nicht beseitigen können.

Als soziale Konfliktquellen sind insbesondere zu berücksichtigen:

- Wohnungsnot
- Arbeitslosigkeit
- nicht abgeschlossene Berufsausbildung
- große Familie mit niedrigem Einkommen und
- Verschuldung

5.5.4 Konflikte im persönlichen Bereich

Die weit größere Anzahl der Konflikte findet sich jedoch im persönlichen, partnerschaftlichen oder familiären Bereich. Die kritische Prüfung der einzelnen Aspekte ist daher für den Arzt zeitaufwendig und schwierig, insbesondere dann, wenn er die Lebensverhältnisse der Frau nicht genau kennt. In der ärztlichen Praxis kommen bei der Schwangerschaftskonflikt-Beratung u. a. häufig zur Sprache:

- der Konflikt Kind – Beruf, wirtschaftliche Existenz
- die Doppelbelastung der Frau durch Beruf und Familie
- Versagenshaltungen bei organischen Krankheiten und psycho-vegetativen Störungen, die nicht den Schweregrad der medizinischen Indikation erfüllen
- der Konflikt zwischen Liebe und Vernunft, wenn einer der Partner bereits verheiratet ist
- die Einschränkung der Zukunftsmöglichkeiten mit einem unehelichen Kind
- die zerrüttete Ehe (Entfremdung, eheliche Untreue, Alkoholismus, Kriminalität)

[11]) Vgl. dazu Kapitel 6, Abschn. 6.2.2.

[12]) Vgl. dazu auch die Darstellung der „Beratung in Kliniken und Krankenhäusern" in Kapitel 4, Abschn. 4.5 sowie W. Eicher, V. Herms: „Psychosoziale Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch" in H. Lau, Hrsg., a.a.O.

— die physische und psychische Belastung einer Schwangeren bei bereits vorhandenen körperlich oder geistig behinderten Kindern.

Aus all dem wird deutlich, daß die Notlage im Sinne der gesetzlichen Regelung keinen monokausalen, sondern einen sehr komplex strukturierten Konflikt beinhaltet.

Zunächst ist jede Schwangerschaft – auch die bei einem erwünschten Kind – eine potentielle Konfliktquelle [13]); ein Kind kann Leben und Gesundheit der Mutter gefährden. Bereits die Schwangerschaft kann als Überforderung erlebt werden. Den Eltern wird klar, wieviel Zeit, Geld und Mühe ein Kind kostet. Veränderungen und Einschränkungen in ihrer Lebensweise sind zu erwarten und erscheinen unter Umständen nicht tragbar. Ist die Frau berufstätig, besteht ein weiterer Interessenkonflikt. Zusammen mit weiteren individuellen Lebensproblemen können diese Belastungen, die sich in Wechselwirkung auf dem Hintergrund allgemein veränderter und unsicherer Lebensbedingungen (Industrialisierung, Urbanisierung, ökologische Gefährdung u. a.), verstärken, das Austragen der Schwangerschaft unzumutbar erscheinen lassen [14]).

5.5.5 Intrapsychische Aspekte der Konfliktbewältigung

Es hängt von der Lebenseinstellung und der Grundbefindlichkeit der Schwangeren ab, wie sie auf die äußeren Konfliktquellen antwortet. So wird z. B. eine Frau mit optimistischer, womöglich religiös gefestigter Lebenseinstellung in einer harmonischen Partnerschaft auf äußere Schwierigkeiten ganz anders reagieren als eine Schwangere, die z. B. in einer zerrütteten Ehe lebt oder Angst vor sozialer Diskriminierung hat. Sie wird in ihrer Depressivität die äußeren Schwierigkeiten in einem weit größeren Ausmaß als belastend erleben und damit wesentlich weniger körperliche und seelische Kräfte zum Durchstehen der Schwangerschaft aufbringen können.

Es können im Rahmen dieses Berichts nicht alle Konfliktsituationen, die hinter der oft unbewußten Angst vor dem Kind stehen, im einzelnen erörtert werden. Zu nennen wären etwa: die Unfähigkeit zur Übernahme der Mutterrolle bei sehr jungen Schwangeren oder Identitätsprobleme, die sich bei allen Altersgruppen ergeben können.

In der Schwangerschaftskonfliktberatung werden zunächst die vordergründigen Motive zum Abbruch einer unerwünschten Schwangerschaft vorgetragen, während die unbewußten Ängste den emotionalen Hintergrund für den Abbruchwunsch darstellen. Aus diesen Überlegungen wird deutlich, daß die Indikation der sonstigen schweren Notlage nicht durch einen kasuistischen Normenkatalog erfaßbar ist, wie er von Juristen und Medizinern immer wieder gefordert wird.

5.5.6 Die Alternative eines umfassenden „gesundheitlichen Indikation"

Der bisherige Standpunkt des Arztes in Fragen des Schwangerschaftsabbruchs orientierte sich häufig an der Diagnostizierbarkeit von Störungen, wie sie in der Organmedizin erfolgreich nachgewiesen werden. Die Erweiterung des Gesundheitsbegriffs im Sinne der WHO, die Gesundheit als einen Zustand körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens in Abhängigkeit von individuellen Gegebenheiten definiert hat, erfordert vom Arzt, diese Bereiche menschlicher Existenz in die Entscheidung für eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch einzubeziehen. Die psychosomatische Medizin hat hierfür schon seit geraumer Zeit Maßstäbe gesetzt. Bei der Beurteilung der Konfliktsituation der Schwangeren darf der Arzt nicht vergessen, daß die Feststellung der Indikation lediglich Teil eines umfassenden Entscheidungsprozesses sein kann. Es wird ein wichtiges Bestreben der Ärzteschaft sein müssen, über die medizinischen Aspekte hinaus andere Teilbereiche der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen und ein Verständnis für die Situation der Frau zu fördern, das den Arzt befähigt, sowohl medizinische als auch psycho-soziale Aspekte in eine umfassende „gesundheitliche Indikation" einzubeziehen.

[13]) Vgl. dazu: H. Molinski: Die unbewußte Angst vor dem Kind, 1972.

[14]) Ausführlich wird dieser Aspekt der veränderten Lebensbedingungen in Kapitel 16 erörtert, siehe dort Abschn. 162.

[15]) Vgl. dazu die Ausführungen in Kapitel 3, Abschn. 3.4; dort kommt deutlich zum Ausdruck, daß in allen vier Indikationsbereichen in die Indikationsfeststellung sozial-medizinische Aspekte eingehen. Demnach weist die Entwicklung bereits jetzt in Richtung einer von vielen Ärzten geforderten „gesundheitlichen Indikation", die alle derzeit im Gesetz enthaltenen Indikationen umfaßt; vgl. auch E. Seidler, a.a.O.

6 Institutionelle Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs

6.1 Versorgung mit Einrichtungen

Artikel 3 des 15. StÄG bestimmt, daß der Schwangerschaftsabbruch nur in einem Krankenhaus oder einer hierfür zugelassenen Einrichtung vorgenommen werden darf.

Bereits im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens wurde die Frage, ob sich aufgrund einer erweiterten Indikationenlösung ein Mehrbedarf an Betten in den vorhandenen Kliniken und Krankenhäusern ergeben würde, kontrovers diskutiert. Das Beispiel anderer Länder, insbesondere von England, Holland und den USA ließ es jedenfalls angezeigt erscheinen, die Möglichkeit zusätzlicher Einrichtungen, denen kein eigentlicher Krankenhauscharakter zuzusprechen ist, zum mindesten in Betracht zu ziehen. Dies galt umso mehr, als ambulant durchzuführende Schwangerschaftsabbrüche im System der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik, abgesehen von Universitätskliniken mit Ambulanzen, rechtlich kaum unterzubringen waren. Mit Einführung der schwerwiegenden Notlage als Indikation und der daraus resultierenden weitgehenden zeitlichen Verlagerung des Eingriffs auf ein frühes Stadium der Schwangerschaft, sowie aufgrund verbesserter operativer Techniken war andererseits zu bedenken, daß auch unter medizinischen Gesichtspunkten keineswegs immer eine stationäre Behandlung erforderlich würde.

Daß langfristig auch der ambulante Bereich in ärztlich geleiteten Einrichtungen, besonders in Krankenhäusern mehr als bisher genutzt werden soll, wird durch das Strafrechtsreformergänzungsgesetz vom 28. August 1975 zum Ausdruck gebracht, das besagt:

> „Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, mit ärztlich geleiteten Einrichtungen, insbesondere Krankenhäusern, auf deren Verlangen Verträge über die ambulante Erbringung der im § 200 f aufgeführten ärztlichen Leistungen zu schließen und diese Leistungen außerhalb des Verteilungsmaßstabes nach den zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern oder deren Verbänden vereinbarten Sätzen zu vergüten" [1]).

Auch heute lassen sich zur Frage der ausreichenden Versorgung mit Einrichtungen weder aufgrund statistischer Daten noch durch Befragungen in Fachkreisen sichere oder gar abschließende Aussagen machen.

6.1.1 Krankenhäuser und Kliniken in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft

Krankenhäuser und Kliniken in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft stellen den weitaus größten Anteil der Krankenhausbetten in der Bundesrepublik Deutschland.

[1]) § 368 n RVO.

Schwangerschaftsabbrüche wurden in der überwiegenden Mehrzahl in den 125 geburtshilflich-gynäkologischen Fachkrankenhäusern und 1488 Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser durchgeführt. In diesen standen 1977 insgesamt 60 741 Betten, d. h. 8,4 % der Gesamtbettenzahl zur Verfügung. Besonders in ländlichen Bereichen spielen daneben auch allgemeine Krankenhäuser ohne abgegrenzte Fachabteilungen, in denen die ärztliche Betreuung vorwiegend durch Belegärzte sichergestellt wird, eine zusätzliche Rolle.

Ob die Bettenzahl in Krankenhäusern quantitativ ausreicht, ist theoretisch am ehesten Bedarfsdeterminanten wie Bettennutzung und Verweildauer in den verschiedenen Bereichen zu entnehmen [2]).

6.1.1.1 Bettennutzung und Verweildauer

Von 1974 bis 1976 ist in den gynäkologisch-geburtshilflichen Krankenhäusern folgende Entwicklung festzustellen:

	Verweildauer	Bettennutzung
1974	11,1 Tage	82%
1975	10,7 Tage	80%
1976	10,1 Tage	78%

Es besteht kein Grund anzunehmen, daß der Entwicklungstrend in gynäkologisch-geburtshilflichen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern grundsätzlich andere Perspektiven aufweist.

Die verfügbaren Daten lassen jedenfalls die generelle Aussage zu, daß sich vom spezifischen Bettenangebot in Kliniken und Krankenhäusern her gesehen keine quantitativen Probleme für die stationäre Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen ergeben dürften [3]).

[2]) Die Bundesstatistik weist sie allerdings nur für geburtshilflich-gynäkologische Kliniken und Krankenhäuser, nicht dagegen gesondert für die Fachabteilungen in Allgemeinen Krankenhäusern aus. Dabei ist zu berücksichtigen, daß gynäkologische und geburtshilfliche Betten in der Regel eine einheitliche Abteilung bilden, die statistisch nur in ihrer Gesamtheit erfaßt wird, daß sich aber unter den Gegebenheiten der Praxis eine gleichmäßige Belegung oft nicht erreichen läßt. Dieser Hinweis erscheint vor allem deswegen angezeigt, weil sinkende Geburtenraten bei gleichbleibender Bettenzahl notwendigerweise zu geringerer Bettennutzung in diesem Gesamtbereich führen.

[3]) In Einzelfällen stellt sich die Frage, ob nicht umgekehrt ein gewisses – wenn auch überwigend latentes – Bedürfnis besteht, den Schwangerschaftsabbruch ausschließlich in Krankenhäusern durchführen zu lassen, um auf diese Weise die Bettennutzung zu verbessern.

6.1.1.2 Sicherstellung der Versorgung

Anläßlich einer Anfrage des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung im Herbst 1978 nach den Erfahrungen mit den ergänzenden Maßnahmen nach dem Fünften Strafrechtsreformgesetz vom 28. August 1975 haben sich die Bundesländer auch ausnahmslos dahingehend geäußert, daß sowohl von der vorhandenen Bettenkapazität in Kliniken und Krankenhäusern als auch der ärztlichen Besetzung her davon ausgegangen werden kann, daß die stationäre Versorgung auf diesem Gebiet sichergestellt ist. Ergänzend wird von einigen Ländern bemerkt, daß diese Aussage auch dann Gültigkeit hat, wenn sich einige Krankenhäuser in freier gemeinnütziger Trägerschaft nicht an der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen beteiligen. Auf Schwierigkeiten in der Praxis wird nur sehr zurückhaltend und in wenigen Einzelfällen hingewiesen.

Es kann indes nicht angenommen werden, daß tatsächliche Unzulänglichkeiten in der Durchführung von stationären Schwangerschaftsabbrüchen, die sich durch die Nichtbeteiligung einzelner Träger ergeben, von den Ländern nicht erkannt würden. Es muß jedoch davon ausgegangen werden, daß sie bemüht sind, ihnen soweit wie möglich gerecht zu werden, ohne die Pluralität der Wertvorstellungen bei Ärzten und Krankenhausträgern außer acht zu lassen.

Da es Krankenhäuser gibt, an denen ein Schwangerschaftsabbruch nach der Notlage-Indikation aufgrund einer Grundsatzentscheidung des Trägers oder der Entscheidung der ärztlichen Leitung nicht durchgeführt wird, und da auch Krankenhäuser, an denen ein solcher Abbruch möglich ist, meist bestrebt sind, ein ausgewogenes Verhältnis zu anderen gynäkologischen Behandlungsfällen herzustellen, um einer befürchteten Stigmatisierung des Krankenhauses entgegenzuwirken, ist es verständlich, daß z. B. der Senat von Berlin die städtischen Krankenhäuser aufgefordert hat, 4 % der in geburtshilflichen Abteilungen vorhandenen Betten für Schwangerschaftsabbrüche zur Verfügung zu stellen. In dieser Hinsicht verfügen die Stadtstaaten, als gleichzeitige Krankenhausträger, über wirksamere Möglichkeiten der Motivierung und der Einflußnahme als die Flächenstaaten. Die Hessische Landesregierung verpflichtet mit ihrem Ausführungsgesetz zur Reform des § 218 StGB allerdings auch die Universitätsfrauenkliniken, einen „angemessenen Anteil" von Klinikbetten für solche Eingriffe bereitzuhalten. Es muß jedoch gesehen werden, daß eine größere Zahl von stationären Schwangerschaftsabbrüchen in Universitätskliniken besonders kostenaufwendig und daher nicht generell wünschenswert ist.

Die nachfolgende Tabelle gibt Aufschluß über den Anteil öffentlicher bzw. freier gemeinnütziger Träger in den einzelnen Bundesländern.

Tabelle 1

Trägerschaft der 2216 Krankenhäuser für Akut-Kranke in den Bundesländern
(1. Dezember 1976)

	Öffentlich		Freigemeinnützig		Privat	
	Krankenhäuser	Betten	Krankenhäuser	Betten	Krankenhäuser	Betten
Bundesgebiet	912	264 890	898	205 235	406	19 392
Schleswig-Holstein	44	11 353	14	2 384	31	1 388
Hamburg	15	10 609	24	5 177	14	586
Niedersachsen	98	30 346	111	20 649	57	2 786
Bremen	7	4 936	6	2 256	5	521
Nordrhein-Westfalen	91	41 385	394	102 247	35	1 148
Hessen	62	22 360	73	14 183	40	1 990
Rheinland-Pfalz	41	13 042	73	15 295	16	650
Baden-Württemberg	226	46 444	72	14 315	82	3 132
Bayern	301	61 901	79	15 708	104	5 714
Saarland	13	6 252	18	4 139	5	200
Berlin	14	16 262	34	8 382	17	1 477

Bei der Handhabung der Gesetzesreform ist festzustellen, daß sich im Krankenhausbereich des Landes mit dem größten Anteil an freien gemeinnützigen Trägern (Nordrhein-Westfalen) die gleichen stationären Engpässe ergeben wie in bestimmten Flächenstaaten mit vorwiegend öffentlichen Trägern (Bayern und Baden-Württemberg) [4]. Da öffentliche Träger in der Meinungsbildung weitgehend von örtlichen und regionalen politischen Gremien bestimmt werden, ist es naheliegend, daß Zielvorstellungen in den einzelnen Bundesländern hier erheblich voneinander abweichen und das tatsächliche Bettenangebot auf unterschiedliche Art und Weise beeinflussen.

6.1.1.3 Nutzung nach der Bundesstatistik

Die institutionellen Unterschiede in der Verteilung der Abbrüche auf gynäkologisch-geburtshilfe Fachkrankenhäuser bzw. -abteilungen, andere Krankenhäuser, gynäkologische Fachpraxen und sonstige zugelassene Einrichtungen sind von Bundesland zu Bundesland erheblich verschieden.

Tabelle 2

Abbruch (%) nach Ort des Eingriffs und Bundesländern 1977 und 1978

Bundesland	1977				1978			
	gynäkol. Krankenhaus *)	sonstiges Kranken haus	gynäkol. Praxis	sonstige zugelassene Einrichtungen	gynäkol. Krankenhaus *)	sonstiges Krankenhaus	gynäkol. Praxis	sonstige zugelassene Einrichtungen
Schleswig-Holstein	72,9	11,1	15,9	0,1	66,8	11,0	22,2	0,0
Hamburg	77,1	3,6	19,1	0,3	74,4	1,8	23,7	0,0
Niedersachsen	98,2	1,5	0,3	0,0	97,4	1,3	1,3	0,0
Bremen	93,4	5,8	0,7	0,1	71,1	2,0	26,9	–
Nordrhein-Westfalen	37,8	4,2	57,8	0,2	31,6	0,2	68,2	0,0
Hessen	61,4	30,5	8,1	0,0	51,6	38,5	9,9	–
Rheinland-Pfalz	99,8	0,2	–	–	93,5	0,3	0,2	–
Baden-Württemberg	88,8	9,0	2,2	–	86,1	8,4	5,5	–
Bayern	91,0	6,3	2,5	–	84,1	12,5	3,4	–
Saarland	100,0	–	–	–	100,0	–	–	–
Berlin (West)	78,5	18,6	1,2	1,7	82,7	12,5	2,8	2,1
zusammen	74,2	10,4	15,1	0,2	65,9	10,8	23,2	0,2

*) Kurzbezeichnung für „Fachkrankenhaus bzw. Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtenhilfe"

Während im Bundesdurchschnitt 1977 drei Viertel und 1978 zwei Drittel der Abbrüche in gynäkologischen Fachanstalten durchgeführt werden, sind es in Niedersachsen und Rheinland-Pfalz fast 100 % und im Saarland sogar genau 100 %. Dagegen sind es in Nordrhein-Westfalen 1977 nur 37,8 %, 1978 nur 31,6 %. Sonstige Krankenhäuser sind in Hessen besonders stark (1977: 30,5 %; 1978: 38,5 %) beteiligt, in Schleswig-Holstein, Bayern und Berlin 1978 mit etwa 12 %, in den anderen Ländern liegen die Anteile unter 10 %. Gynäkologische Fachpraxen sind in einigen Ländern fast gar nicht beteiligt, in Schleswig-Holstein, Hamburg und Bremen mit 20 %. Völlig aus der Reihe fällt Nordrhein-Westfalen mit sehr hohen Anteilen (1977: 57,8 %; 1978: 68,2 %). Die sonstigen zugelassenen Einrichtungen spielen in keinem Land eine bemerkenswerte Rolle.

Bei diesen Zahlen der Bundesstatistik ist allerdings denkbar, daß die Meldebeteiligung nach Institutionen unterschiedlich vollständig sein könnte, so daß die Anteilszahlen der Tabelle 2 etwas verzerrt sein könnten.

Wie die Statistik der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche zeigt, wurden 6 % der durch Curettage und 4,5 % der durch Vakuumaspiration erfolgten Schwangerschaftsabbrüche ambulant in gynäkologischen Krankenhäusern durchgeführt. Diese Angabe überrascht insofern, als nach Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen bisher nur zwei Krankenhäuser von der in § 368 n RVO gegebenen Möglichkeit eines Institutsvertrages Gebrauch agemacht hat [5]).

Es muß daher davon ausgegangen werden, daß sich die gemeldeten ambulanten Eingriffe in Krankenhäusern entweder auf Universitätskliniken mit besonderen Ambulanzverträgen beziehen oder von beteiligten

[4]) Dies ist dadurch zu erklären, daß in NRW ein großer Teil der Krankenanstalten in katholischer Trägerschaft sind und aufgrund der Grundsatzentscheidung der kath. Kirche keine Schwangerschaftsabbrüche nach der Notlage-Indikation vornehmen; aus Bayern und Baden-Württemberg wird von Kreistagsbeschlüssen berichtet, die öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen untersagen.

[5]) Text des § 368 n RVO s. o.

Krankenhausärzten als persönliche Leistung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführt werden.

6.1.2 Fachkrankenhäuser in privater Trägerschaft

Quantitativ sind von den im Bundesgebiet verfügbaren 60 741 Betten für das Fach Geburtshilfe und Gynäkologie 3016 (= 5,0 %) entsprechenden Fachkrankenhäusern in privater Trägerschaft zuzuordnen. Lediglich im Saarland und in Berlin beschränkt sich das Angebot auf öffentliche oder freie gemeinnützige Träger. Die Krankenhausstatistik macht allerdings keine Angaben darüber, in welchem Umfang auch in privat geführten allgemeinen Akutkrankenhäusern gynäkologische Betten bereitgestellt werden, so daß der tatsächliche Gesamtanteil wahrscheinlich höher als 5 % ist.

Die von den Krankenkassen übernommenen Pflegesätze für Privatkliniken orientieren sich, wie bei Krankenhäusern anderer Träger, an ihrer medizinischen Leistungsfähigkeit.

Gemäß den Bestimmungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden Investitionen aber nur dann aus öffentlichen Mitteln gefördert, wenn das Krankenhaus bedarfsgerecht und in den Bedarfsplan der Länder aufgenommen ist. Auch bei nicht erfolgter Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan des jeweiligen Landes kann die Klinik sich zwar gemäß § 371 RVO gegenüber den Krankenkassen bereiterklären, Krankenhauspflege zu gewähren, allerdings sind die Krankenkassenverbände berechtigt, diese Erklärung abzulehnen, wenn eine Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wirtschaftliche Krankenhauspflege nicht gegeben ist oder die Ziele des Krankenhausbedarfsplanes gefährdet werden. Die Ablehnung oder die Annahme der Bereiterklärung bedürfen dabei der Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörden.

Soweit Bereiterklärungen abgelehnt oder gekündigt werden, werden sich möglicherweise z. Z. noch nicht überschaubare klinische Engpässe ergeben. Andererseits ist z. B. aus Hessen bekannt, daß nicht in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommene Privatkliniken, die zusammen etwa ¼ der im Land erfolgenden Schwangerschaftsabbrüche übernehmen, bereits entsprechende Verträge mit den Krankenkassen geschlossen haben.

Wenn allerdings Schwangerschaftsabbrüche den überwiegenden Anlaß für die stationäre Aufnahme darstellen, ist zu befürchten, daß die Klinik nicht länger als Krankenhaus im Sinne der Begriffsbestimmung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes angesehen wird. Nach der Definition des Krankenhausfinanzierungsgesetzes fallen Einrichtungen, in denen überwiegend Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen werden, nicht unter den Begriff des Krankenhauses. Als Krankenhäuser gelten nach der Begriffsbestimmung des Gesetzes nämlich nur solche Einrichtungen, „in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird, und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können". Der Abbruch einer Schwangerschaft gilt nur in Fällen der medizinischen Indikation als Heilbehandlung.

Die Zukunft dieser Kliniken wird daher bei Entscheidungen in den Ländern zur Krankenhausbedarfsplanung und im Rahmen des § 371 RVO sorgfältig zu beachten sein.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, daß Schwangere mit einem Abbruchsbegehren in Privatkliniken zwar insgesamt einen etwas überdurchschnittlichen Anteil der Klientel stellen, daß sich eine einseitige Schwerpunktbildung in dieser Richtung – von Ausnahmen abgesehen – bisher nicht abzeichnet und auch für die Zukunft nicht zu erwarten ist.

6.1.3 Zugelassene Einrichtungen

Die Berichterstattung über die Erörterungen im Strafrechtssonderausschuß des Bundestages läßt erkennen, daß der Gesetzgeber zur Gründung von zugelassenen Einrichtungen für den Abbruch einer Schwangerschaft eine ambivalente Haltung eingenommen hat [*]).

6.1.3.1 Rechtliche Regelung

Mit dem Erfordernis der Zulassung wurde der Behörde die Verantwortung für die Festsetzung fachlicher Kriterien, deren regelmäßige Überwachung und die Verpflichtung zum Entzug der Zulassung bei Fortfall der Voraussetzungen übertragen. Dazu in Gesetzen, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften Einzelheiten zu regeln, blieb den Ländern überlassen, da aus verfassungsrechtlichen Gründen bundeseinheitliche Vorschriften über die legislativen Möglichkeiten des Bundesgesetzgebers hinausgegangen wären.

Diesem Antrag haben die Länder auf unterschiedliche Art und Weise Rechnung getragen. Die einzelnen Bestimmungen spiegeln nicht nur voneinander abweichende fachliche Vorstellungen, sondern auch unterschiedliche politische Schwerpunkte hinsichtlich der Sicherstellung der Gesetzesreform in der Praxis wider.

Dem Gesetzestext ist nicht zu entnehmen, ob der Gesetzgeber mit dieser Bestimmung in erster Linie stationäre oder ambulante medizinische Angebote verbessern wollte. Erörtert wurden unter anderem „Modelle, die nicht dem klassischen Begriff des Krankenhauses entsprächen", auch wenn der Eingriff stationär durchgeführt würde.

Unter medizinischen Gesichtspunkten wurde gefordert, daß die Qualität der Einrichtung in jedem Fall soweit wie möglich den Anforderungen an ein Krankenhaus entsprechen sollte, unabhängig davon, ob der Eingriff stationär oder ambulant erfolgt. Wenn von den in der Bundesrepublik vorhandenen Angeboten ausgegangen wird, fallen sämtliche stationären Einrichtungen einschließlich der Privatkliniken allerdings unter den Krankenhausbegriff. Als besonders zugelassene Einrichtungen kommen daher zur Zeit nur ärztliche Praxen für ambulante Eingriffe in Betracht.

6.1.3.2 Zulassung von Einrichtungen

Der ambulante Abbruch einer Schwangerschaft wird im internationalen Schrifttum unterschiedlich beurteilt. In einem großen Teil der Länder, insbesondere in Osteuropa sowie in der DDR, wird die stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus gesetzlich vorgeschrieben.

[*]) Vgl. Bundestagsprotokoll der 88. Sitzung, Drucksache 7/376.

Dasselbe gilt für Schweden, während das dänische Gesetz zuläßt, daß der Eingriff in einem Ambulatorium vorgenommen wird. In England und in den USA gibt es dagegen keine gesetzlichen Vorschriften über den Ort des Eingriffs, zumal auch aus ärztlicher Sicht die Notwendigkeit der „Übernachtungsklausel" umstritten ist. Wie in den Niederlanden bildet sich dort immer mehr die Praxis heraus, den Schwangerschaftsabbruch ohne stationäre Aufnahme vorzunehmen, ohne daß damit ein Ansteigen der Komplikationsrate verbunden ist [7]).

Die Meinungsbildung dazu in den Bundesländern ist unterschiedlich und offenbar auch nicht ausschließlich durch fachliche Gesichtspunkte bestimmt. Vorschriften für die Zulassung besonderer Einrichtungen, d. h. von Arztpraxen, sind in allen Bundesländern, mit Ausnahme von Bayern und Baden-Württemberg, bekanntgemacht worden. Diese beiden Länder gehen davon aus, daß die verfügbare Bettenkapazität in den vorhandenen Krankenhäusern ausreicht. In den Bestimmungen der übrigen Länder stimmen die Anforderungen inhaltlich weitgehend überein.

Gefordert werden:

1. Ein Facharzt bzw. ein in der Frauenheilkunde erfahrener Arzt, der mit den nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft angezeigten Methoden des Schwangerschaftsabbruchs vertraut ist,
2. die sachgerechte apparative und medikamentöse Ausstattung der Einrichtung,
3. ausreichendes zusätzliches Fachpersonal einschließlich eines entsprechend erfahrenen Arztes bei der Durchführung des Eingriffs in Allgemeinnarkose,
4. die Vorhaltung eines Ruheraumes mit ärztlicher Überwachung nach dem Eingriff und
5. die Zusammenarbeit mit einem in unmittelbarer Nähe gelegenen Krankenhaus, das die sofortige stationäre Aufnahme von Notfällen garantiert.

Allgemein ist eine Begrenzung der ambulanten Schwangerschaftsabbrüche bis zur 8. Schwangerschaftswoche festgelegt [8]).

Zuständig für die Zulassung von Einrichtungen sind entweder die obersten Landesgesundheitsbehörden (Berlin, Bremen, Hamburg, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein) oder die Regierungspräsidenten (Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen).

Für die Jahre 1977 und 1978 ergibt sich folgendes Bild:

	Zahl der zugelassenen Einrichtungen		Anteil an den gemeldeten Schwangerschaftsabbrüchen (in %)	
	1977	1978	1977	1978
Baden-Württemberg	–	1	–	5,5
Bayern	–	–	–	–
Berlin	3	5	1,2	5
Bremen	2	7	0,7	27
Hamburg	7	12	19,0	24
Hessen	6	3	8,1	10
Niedersachsen	1		0,3	1
Nordrhein-Westfalen	75	85	57,8	68
Rheinland-Pfalz	–	–	–	–
Saarland	–	–	–	–
Schleswig-Holstein	10	19	16,0	22

Während der ambulante Schwangerschaftsabbruch im Bundesdurchschnitt nur eine untergeordnete Rolle spielt, macht das Land Nordrhein-Westfalen mit mehr als der Hälfte in Praxen vorgenommener Eingriffe eine deutliche Ausnahme. Sie ist dadurch bedingt, daß in diesem Bundesland 71 % aller Krankenhäuser in freier gemeinnütziger d. h. praktisch in kirchlicher Trägerschaft stehen und zumindest bei einer Notlage-Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch äußerste Zurückhaltung üben.

Gesundheitliche Nachteile dieser Lösung sind bisher nicht bekanntgeworden. Gleichwohl ist zu bedenken, daß auch in einem frühen Stadium der Schwangerschaft bis zur 8. Woche nach der Empfängnis nicht in jedem Fall einer Notlage auf den ambulanten Eingriff zurückgegriffen werden kann. Dies gilt insbesondere, wenn der allgemeine Gesundheitszustand der Schwangeren die Aufnahme in eine Klinik erforderlich macht.

6.1.3.3 Kosten in zugelassenen Einrichtungen

Der Kommission sind zahlreiche Hinweise zugegangen, daß Frauen in zugelassenen Praxen niedergelassener Ärzte unabhängig von der gesetzlich gewährleisteten Kostenübernahme durch die Krankenkassen nicht selten ein zusätzliches Honorar in Höhe von 100 DM bis 800 DM für den Abbruch der Schwangerschaft zu übernehmen haben. In keinem Fall wurden allerdings Namen der betreffenden Ärzte genannt, so daß eine Überprüfung der Angaben durch die Kommission nicht möglich war. Eine solche Handhabung ist ohne Zweifel unsozial und auch gesetzeswidrig. Bei

---

[7]) Aufgrund des Zahlenmaterials des ‚Population Council' scheint die Komplikationsrate ganz im Gegenteil in den USA deutlich niedriger zu liegen als in der Bundesrepublik Deutschland, wie der Kommission in einem Gespräch mit ausländischen Experten dargelegt wurde.

[8]) Dies entspricht den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

ausschließlich anonymen Berichten läßt sie sich allerdings nicht unmittelbar beeinflussen. Unabhängig davon erscheint die Vergütung der Krankenkassen für ambulante Schwangerschaftsabbrüche durch die Kassenärztlichen Vereinigungen unzureichend. Die tatsächlichen Kosten, die durch die von den Ländern vorgeschriebenen Auflagen (Ruheraum, Nachbehandlung usw.) entstehen, können damit nicht abgedeckt werden, so daß eine Überprüfung dieser Leistung dringend erforderlich erscheint, wenn die derzeitigen Angebote aufrecht erhalten bleiben sollen.

6.2 Einstellungen der Krankenhausträger, der gynäkologischen Chefärzte und des Pflegepersonals

6.2.1 Die Einstellung der Krankenhausträger

Ihrem Auftrag entsprechend hat die Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 StGB Gespräche mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft [9]) geführt, um die Einstellung zum Reformwerk in Erfahrung zu bringen.

Die Einstellung der Krankenhausträger zur Novellierung des § 218 und der Umsetzung der dadurch geschaffenen veränderten Verhältnisse in die gesellschaftliche Wirklichkeit ist offensichtlich nicht oder kaum durch einen Bettenmangel bestimmt [10]), sondern dürfte überwiegend durch andere Überlegungen bedingt sein. Das bislang zur primär curativen Tätigkeit im engeren Sinne eingesetzte und motivierte Krankenhauspersonal wird nun auch für Aufgaben benötigt, die wie der Schwangerschaftsabbruch aus bestimmten Indikationen, nicht im eigentlichen Sinne der Behandlung Kranker dient. Die bis zur Reform des § 218 in Krankenhäusern vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche aus medizinischer Indikation erfüllten die Kriterien der Krankenhausbehandlung, zu der Ärzte und Schwestern in Krankenhäusern verpflichtet sind. Krankenhausträger, die in Dienst- und Arbeitsanweisungen auch die Sinngebung der im Krankenhaus Tätigen verbindlich beschreiben müssen, haben nunmehr die Aufgabe, zur Durchführung von Eingriffen beizutragen, die das enge Feld der Krankenbehandlung überschreitet.

In die Diskussion um die Reform des § 218 hat sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft bewußt nicht eingeschaltet. Sie vertritt damals wie auch heute nach einem Beschluß aller Mitgliederverbände die Auffassung, daß ein Schwangerschaftsabbruch, der nicht im engeren Sinne medizinisch indiziert ist, nur dann durchgeführt werden kann, wenn alle an dem Schwangerschaftsabbruch beteiligten Personen im Grundsatz darüber einig sind, daß Schwangerschaftsabbrüche auch aus anderen, nicht medizinischen Indikationen durchgeführt werden sollen. Für die Notlage-Indikation gelte dies im besonderen Maße.

Bei Entscheidungen, die Gewissensfragen implizieren, ist nicht immer Übereinstimmung aller Beteiligten zu erwarten. Änderungen der Organisationsstrukturen für die ärztliche Versorgung in den Krankenhäusern stellen nicht in jedem Falle einen möglichen Ausweg dar. Die Organisation der medizinischen Leistungserbringung erfolgt nicht zuletzt auch auf Grund bestehender Verträge; in einzelnen Häusen bestehen noch mit den Leitenden Ärzten Lebenszeitverträge. Wenn davon ausgegangen wird, daß die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs dem ärztlichen Dienst einer gebursthilflich-gynäkologischen Abteilung obliegt, so ist der Leitende Arzt dieser Abteilung dem Krankenhausträger für die Durchführung, und dazu rechnet auch die Beurteilung der Indikationsstellung, verantwortlich. Ob die Voraussetzungen für einen legalen Schwangerschaftsabbruch vorliegen – dies sind neben der Indikation, die Wahrung der Frist und die Einwilligung der Frau –, verantwortet der Arzt, der den Eingriff vornimmt. Dieser ist, wie bei allen anderen von ihm durchgeführten Maßnahmen, verpflichtet, alle erreichbaren Erkenntnisquellen auszuschöpfen und für sein Handeln zu berücksichtigen. Nur unter ganz besonderen – vertraglich zumeist konkretisierten – Voraussetzungen kann der Krankenhausträger in den Verantwortungsbereich des Leitenden Arztes eingreifen.

So haben viele Krankenhausträger in die Verträge mit den Leitenden Ärzten sogenannte Organisationsklauseln eingesetzt, die unter bestimmten Bedingungen den Krankenhausträger in die Lage versetzen, Betten aus einer bestimmten Abteilung auszugliedern und in neu zu errichtende Abteilungen einzugliedern und diese zu verselbständigen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sieht indes die Möglichkeiten zur Durchführung dieser Vertragsbedingungen als sehr begrenzt an.

Das Direktionsrecht des Arbeitgebers ist – nach der Intention des Gesetzes – durch das Weigerungsrecht des assistierenden Personals begrenzt. Jedoch muß die Versetzung eines Mitarbeiters, der an einem Schwangerschaftsabbruch mitwirken will, nicht von der Mitarbeitervertretung oder dem Betriebsrat genehmigt werden.

Das Weisungsrecht des Leitenden Arztes ergibt sich aus seiner Verantwortung für die Führung der ihm unterstellten Krankenhausabteilung. So ist er dem Krankenhausträger verantwortlich für die ärztliche und pflegerische Versorgung der Patienten in seiner Abteilung, und zur Erfüllung dieses Auftrages ist er verpflichtet, sein Weisungsrecht auszuüben.

Es ist nicht bekannt, wieweit Leitende Ärzte, die selbst ihre Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch ablehnen, auf ihr Weisungsrecht nachgeordneten Mitarbeitern gegenüber verzichten. Der Leitende Arzt wird zwar qualifizierten ihm nachgeordneten Ärzten die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs bei Vorliegen der Indikation nicht verbieten können, wohl aber kann er bei bestehendem Bettenmangel die Ver-

---

[9]) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist Dachverband und Zusammenschluß von Krankenhausverbänden. Mitglieder sind die kommunalen Krankenhausvereinigungen, wie die Spitzenverbände frei-gemeinnütziger Krankenanstalten, privater Krankenanstalten und die Landeskrankenhausgesellschaft. Die in dem Gespräch mit dem Vertreter der Krankenhausgesellschaft festgestellten Erfahrungen können nicht als vollständig betrachtet werden, da zum Gesprächszeitpunkt der reformierte § 218 erst vor ca. einem Jahr verabschiedet war.

[10]) S. den Bericht über die Versorgung mit Einrichtungen Kapitel 6.1.

teilung verfügbarer Betten an Akutkranke anordnen. Für die medizinisch-ärztliche Qualifikation ist der Leitende Arzt verantwortlich, und daher kann er nicht ausreichend qualifizierten Ärzten seiner Abteilung die Operation zum Schwangerschaftsabbruch aus eben diesen Gründen untersagen [11]).

Es erscheint auch der Deutschen Krankenhausgesellschaft offensichtlich, daß die Gewissensentscheidung ein höherwertiges Rechtsgut als das Weisungsrecht darstelt.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft kann aufgrund ihrer Struktur nur Empfehlungen aussprechen und nicht auf die Errichtung oder Erweiterung einer Fachabteilung einwirken. Sie kann daher auch nicht auf eine ortsnahe Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs bei den gesetzlich vorgesehenen Indikationen einwirken. Die in Überprüfung befindliche Krankenhausbedarfsplanung zwischen Krankenhausträgern und Gesundheitsbehörden der Länder läßt gewiß Spielraum für die Überlegung, ob und inwieweit dem Anliegen der Durchführung des reformierten § 218 auch in der Krankenhausbedarfsplanung Rechnung zu tragen ist.

Die Haltung des Krankenhausträgers in einem Teil der frei-gemeinnützigen Trägerschaft, nämlich den Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen, die von der römisch-katholischen Kirche in der Bundesrepublik Deutschland unterhalten werden, ist durch eine Anweisung der Deutschen Bischofskonferenz schon bestimmt. Hiernach sind in Krankenhäusern, die von kath. Organisationen getragen werden, Schwangerschaftsabbrüche nur aus vitaler medizinischer Indikation wie bis zur Reform des § 218 möglich [12]).

Auch öffentlich-rechtliche Träger haben zum Teil Weisungen für oder gegen die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen aufgrund der Notlage-Indikation in ihren Häusern gegeben (Kreistagsbeschlüsse).

Anfänglich machte nach den Erfahrungen der Krankenhausträger die Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen Schwierigkeiten. Dabei handelte es sich vorwiegend um Ersatz- und Privatkassen. Durch die Aufnahme des Schwangerschaftsabbruchs nach der Notlage-Indikation in den Katalog der beihilfefähigen Leistungen [13]) sind diese Schwierigkeiten inzwischen weitgehend abgebaut [14]).

Vom Standpunkt der Krankenhausgesellschaft scheint eine gesetzliche Regelung, die den Krankenhausträger verpflichten würde, an Schwangerschaftsabbrüchen mitzuwirken, nicht wünschenswert. Die Versicherten haben zwar einen Leistungsanspruch gegenüber den Krankenkassen – für Sozialhilfeempfänger gilt die entsprechende Regelung des BSHG –, der reformierte § 218 StGB legitimiert jedoch nicht einen Anspruch auf Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs [15]).

6.2.2 Die Einstellung der gynäkologischen Chefärzte

Die persönliche Einstellung der Chefärzte [16]) zu den gesetzlichen Indikationen ist nicht immer gleichzusetzen mit der Möglichkeit, die innerlich gebilligten Schwangerschaftsabbrüche auch durchzuführen [17]).

In der folgenden Tabelle sind die Ärzte, die eine Indikation voll akzeptieren oder nur geringe Vorbehalte anmelden, sowie die Ärzte mit starken Vorbehalten und ablehnender **Einstellung** zusammengefaßt und den nach Art der **Trägerschaft** unterteilten Krankenhäusern gegenübergestellt.

Tabelle 3

Einstellung der gynäkologischen Chefärzte und ihrer Krankenhausträger zu den gesetzlichen Indikationen

(Angaben in Prozent)

Indikation	Chefärzte		Krankenhausträger		
			keine Einschränkung durch den Krankenhausträger		
	akzeptierte/ geringe Vorbehalte	starke Vorbehalte/ Ablehnung	ohne konfessionelle Ausrichtung	evang. Krankenhausträger	kath. Krankenhausträger
medizinisch	94	6	86	92	32
genetisch	86	14	82	83	10
ethisch	72	28	80	83	6
Notlage	38	62	76	67	3

[11]) Bei diesen Fragen liegt jedoch kein allgemeiner Konsens vor. Der Leiter einer Frauenklinik hat sich z. B. schriftlich in abweichendem Sinne geäußert. Danach sei der Leitende Arzt nicht nur für die allgemeinen Behandlungsrichtlinien, sondern auch für die Motivation aller Mitarbeiter bestimmend.

[12]) Diese Regelung entspricht der geltenden Rechtsnorm in der Bundesrepublik Deutschland, während die Rechtmäßigkeit der Weigerung nicht-konfessioneller, juristischer Personen (Kreistagsbeschlüsse) in den Rechtskommentaren umstritten ist.

[13]) Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Beihilfevorschriften vom 31. Mai 1978.

[14]) Schwierigkeiten können z. B. noch in den Fällen entstehen, in denen Privatkassen die Vertragsbedingungen nicht den Beihilfevorschriften angeglichen haben, und wenn ein Bundesland seine Beihilfevorschriften der Bundesregelung nicht angeglichen hat.

[15]) Selbstverständlich ist die Verpflichtung jedes Krankenhauses und Arztes, einen Schwangerschaftsabbruch aus medizinisch-vitaler Indikation durchzuführen.

[16]) Die Angaben entstammen einer repräsentativen Umfrage bei gynäkologischen Chefärzten an 241 Krankenhäusern im Zeitraum von Dezember 1977 bis Mai 1978. Diesen Ärzten gilt besonderer Dank, da sie durchweg alle zur Auskunft bereit waren und sich um ein fundiertes arztethisches Urteil bemühten.

[17]) Vgl. dazu die anderen Beiträge in diesem Kapitel, besonders 6.2.3, Die Einstellung des Krankenpflegepersonals und 6.2.1, Die Einstellung der Krankenhausträger.

Legt man nicht nur die formale Trägerschaft, sondern darüber hinaus die – meist durch das langjährig verpflichtete Pflegepersonal oder bei Stiftungen durch die Zwecksetzung vorgegebene, konfessionelle Ausrichtung eines Krankenhauses zugrunde, so zeigt die Tabelle 4,

— daß in 8 % der Krankenhäuser dem Arzt eine liberale Auslegung nahegelegt wird,

— daß 36 % sich neutral verhalten, wobei unter diesem Aspekt die Privatkliniken (5,4 %) nicht zählen, und

— daß 17 % generell und 14 % partiell (mindestens für die Notlage-, mitunter auch für die psychische und ethische Indikation), insgesamt also 31 % restriktive Einflüsse geltend machen.

Tabelle 4

Beeinflussungstendenzen der Krankenhausträger, aufgeteilt nach konfessioneller Ausrichtung

Tendenz / konfessionelle Ausrichtung	(1) großzügig	(2) neutral	(3) hat sich bisher nicht geäußert	(4) restriktiv	(5) vertragliche Regelung	(6) Arzt ist Träger (Privatklinik)	(7) Summe
ohne (kommunal/ gemeinnützig)	16	72	28	11	13	13	153 *(63,5%)*
evangelisch	2	11	5	2	4	–	24 *(9,9%)*
katholisch	–	4	16	27	17	–	64 *(26,5%)*
Summe	18 *(7,5%)*	87 *(36%)*	49 *(20,3%)*	40 *(16,6%)*	34 *(14,1%)*	13 *(5,4%)*	241 *(99,9%)*

Diese restriktiven Einflüsse differieren bei den einzelnen **Indikationen** (s. Tabelle 3) und sind bei der medizinischen Indikation am geringsten (in 46 Krankenhäusern), bei der Notlage-Indikation deutlich häufiger (81 Krankenhäuser). Dennoch wirken sich die einengenden Tendenzen insgesamt auch bei der Notlage-Indikation wenig aus, da Chefgynäkologe und Krankenhausleitung in dieser Frage häufig übereinstimmende Ansichten vertreten, im allgemeinen werden die Chefarztstellen vom Krankenhausträger nach seinen Vorstellungen besetzt. Die Verringerung der Abbruchsmöglichkeiten soll für die medizinisch-somatische und für die Notlage-Indikation auf den folgenden beiden Tabellen dargestellt werden.

Tabelle 5

Einengung der ärztlichen Einstellung durch Krankenhausträger und örtliche Vorgegebenheiten bei medizinischer Indikation

Faktische Möglichkeit / Einstellung des Chefarztes	bis Schwangerschaftswoche entspr. der ärztlichen Einstellung	akzeptiere, kann aber aus med.-techn. Gründen nur bis 16. Woche durchführen	med.-ind. Abruptio befürwortet, aber am Hause undurchführbar	Entscheidung von Fall zu Fall	Summe
akzeptiere voll	132	24	44	20	220 *(91,3%)*
geringe Vorbehalte	3	–	4	–	7 *(2,9%)*
starke Vorbehalte	5	–	–	1	6 *(2,5%)*
Ablehnung	7	–	–	1	8 *(3,3%)*
Summe	147 *(58,9%)*	24 *(9,9%)*	48 *(19,9%)*	22 *(9,2%)*	241 *(100,0%)*

Tabelle 6

Einengung der ärztlichen Einstellung durch Krankenhausträger und örtliche Vorgegebenheiten bei der Notlage-Indikation

Faktische Möglichkeit / Einstellung des Chefarztes	bis Schwangerschaftswoche entspr. der ärztlichen Einstellung	med.-ind. Abruptio befürwortet, aber am Hause undurchführbar	Entscheidung von Fall zu Fall	konkrete Einwände	Summe
akzeptiere voll	47	13	2	1	63 (26,3%)
geringe Vorbehalte	21	4	1	2	28 (11,6%)
starke Vorbehalte	37	18	8	6	69 (28,7)
Ablehnung	72	2	–	6	80 (33,3%)
Summe	177 (73,7%)	37 (15,4%)	11 (4,5%)	15 (6,3%)	240 (99,9%)

Demnach ist ein Schwangerschaftsabbruch aufgrund der medizinischen Indikation in 132 von 241 befragten Krankenhäusern ohne Einschränkung, in 47 Krankenhäusern mit Einschränkung möglich. Elf Chefärzte verstanden jedoch unter der medizinischen Indikation nur eine vitale Indikation [18]). Von den generellen Befürwortern der medizinischen Indikation standen der medizinisch-psychiatrischen Indikation 32 Gynäkologen skeptisch gegenüber; 46 wollen sich nur auf ein (sie überzeugendes) Gutachten eines ihnen kompetent erscheinenden Psychiaters stützen. Nach der Notlage-Indikation sind Schwangerschaftsabbrüche in 47 Krankenhäusern voll, in 24 Krankenhäusern mit Einschränkung möglich. Dies heißt, daß an 170 der 241 erfaßten Krankenhäuser eine Durchführung des Abbruchs nach der Notlage-Indikation nicht möglich ist. Die allgemein festzustellende Tendenz, daß die medizinische Indikation relativ unumstritten ist, daß gegen die Notlage-Indikation im medizinischen Bereich jedoch noch größere Bedenken bestehen, wird auch bei der Einstellung der gynäkologischen Chefärzte und deren Äußerung über die Haltung des Krankenhausträgers deutlich.

Faßt man die aus der Einstellung der Chefärzte und der faktischen Einengung errechneten Zahlen mit diesen individuellen Differenzierungen zusammen, so besteht die Möglichkeit eines Abbruchs

aus vitaler Indikation [19]) in	80 %
aus medizinisch-somatischer Indikation in	70 %
aus medizinisch-psychischer Indikation in	50 %
aus ethischer und genetischer Indikation in je	60 %
aus der Notlage-Indikation in	30 %

der gynäkologischen Abteilungen und Krankenhäuser. Das eigentliche Problem sind also Schwangerschaftsabbrüche aufgrund einer schweren Notlage, die 1978 zu 67 % als Grund des Schwangerschaftsabbruchs genannt wurde, wobei die Tendenz steigend ist [20]).

Der 30%ige Anteil der Krankenhäuser, an denen eine Notlage-Indikation akzeptiert wird, bedarf einer näheren Spiezifizierung nach der **Art der Notlage.**

[18]) Es muß bei diesen Ergebnissen, die auch eine Verweigerung des Abbruchs bei vitaler Indikation durch einige Ärzte ergeben, berücksichtigt werden, daß es sich um hypothetische Äußerungen handelt, die mit der Reaktion im konkreten Fall nicht gleichgesetzt werden können. Der Fall einer vitalen medizinischen Indikation ist äußerst selten.

[19]) S. Fußnote 18.

[20]) Zur Entwicklung der Abbruchszahlen vgl. Kapitel 3.

Tabelle 7

Fünf Modellfälle zur Notlage-Indikation
(Angaben in %)

	a) keine Indikation	b) ausreichende Indikation	c) nur bei Vorliegen zusätzlicher Belastungen ausreichende Indikation	b) + c) (bedingte) Zustimmung	ohne Angabe (absolute Zahlen)
1. Ehezerrüttung bei mehreren Kindern	39,4	32,4	28,0	60,4	0
2. Werdende Mutter ist noch nicht 16 Jahre alt	43,8	23,8	32,6	56,4	1
3. Lediger Mutter entstehen erhebl. finanzielle Belastungen	66,7	16,1	16,3	32,4	1
4. Berufsausbildung der Schwangeren ist ernsthaft gefährdet	70,3	14,2	15,5	29,7	2
5. Ehemann droht mit Scheidung	82,7	3,8	13,6	17,4	4

Danach motiviert in erster Linie eine Überforderung der Frauen bei zerrütteter Ehe und Belastung mit mehreren Kindern sowie bei jugendlichem Alter (unter 16 Jahren) die gynäkologischen Chefärzte, eine unerwünschte Schwangerschaft zu beenden, während bei einer Bedrängnis durch nichteheliche Mutterschaft mit sozio-ökonomischen Belastungen oder auch bei ernsthafter Gefährdung der Berufsausbildung bis hin zur drohenden Scheidung die Bereitschaft der Ärzte zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs deutlich geringer ist.

Im Unterschied zu dieser deutlichen Zurückhaltung wird die gesetzliche Anerkennung der genetischen Indikation, die mit etwa 3 % an den Abbruchsmeldungen beteiligt ist, von den Gynäkologen allgemein begrüßt, ja 10 % befürworten eine zeitliche Erweiterung über die 22. Woche hinaus, und viele halten die in Kommentaren genannte Mißbildungswahrscheinlichkeit von 25 oder gar 50 % für zu eng, auch bei 5 bis 10 % Schädigungsquote könne man keiner Mutter das Austragen einer Schwangerschaft zumuten. Die pränatale Diagnostik mit ihrer exakten Voraussage wird von den Gynäkologen sehr geschätzt. Man wünscht sich ein noch engeres Netz von genetischen Beratungsstellen. Diese Einstellung gilt auch für den Fall einer Schwangerschaft bei eingelegter Intrauterin-Spirale. Trotz des geringen Schädigungsrisikos würden 60 % der Gynäkologen die Schwangerschaft abbrechen, weil sie die ärztliche Verantwortung für ein von der Patientin nicht zu vertretendes Kontrazeptionsversagen übernehmen. Hierbei stellt sich allerdings die Frage, wie die dabei zum Ausdruck kommende Vorstellung von der Verantwortlichkeit der Patientinnen definiert wird. Schließlich kommt eine Vorstellung der individuellen Verantwortlichkeit zum Ausdruck, die die unterschiedlich verteilten Chancen einer effizienten Empfängnisregelung in Abhängigkeit von der sozialen Lage der betroffenen Frau nicht ausreichend berücksichtigt [21]).

[21]) Vgl. hierzu Kapitel 8, Familienplanung.

Die befragten Ärzte gaben an, rund 2700 **Schwangerschaftsabbrüche** pro Quartal durchzuführen [22]). Daraus lassen sich 55 000 Schwangerschaftsabbrüche in den gynäkologischen Kliniken (also ohne die chirurgischen Kliniken und die zugelassenen Einrichtungen) errechnen [23]).

Dies entspricht in etwa der 1977 nach Wiesbaden genannten Gesamtzahl der Abbrüche (54 309).

Von den 241 Chefärzten erhoben 171 keine Bedenken gegen die **Meldepflicht,** sieben sahen „keinen Sinn darin"; 18 fürchteten eine politische Überwachung; 31 meinten, eine völlige Anonymität des Arztes wäre besser; vier bemängelten, daß die Komplikationen nicht erfaßt würden; sieben Ärzte kannten die Meldepflicht nicht oder wollten nicht dazu Stellung nehmen.

Auf unsere Frage nach der **Einschätzung der Reform,** d. h. danach, was am reformierten § 218 StGB positiv und was negativ sei, antworteten

23 % die Notlageindikation sei zu unbestimmt, ein Gummiparagraph,

13 % fürchteten eine ethisch-moralische Aufwertung des Schwangerschaftsabbruchs (besonders stark die konservativen Ärzte),

11 % fanden negativ, daß die gesamte Verantwortung auf den Arzt abgeschoben sei, und

10 % befürchteten ein Anspruchsdenken der Frauen.

Immerhin

22 % fanden aber nichts Negatives, während rund

30 % der Chefärzte nichts Positives am reformierten § 218 finden konnten. Rund

15 % fanden die neue Lösung ehrlicher und liberaler,

9 % meinten, die medizinische Versorgung sei verbessert, es führen weniger Frauen ins Ausland, während gut

[22]) Die Untersuchung fand zwischen Dezember 1976 und Mai 1977 statt.

[23]) Man multipliziert diese Zahl mit 5 wegen der 20%igen Stichprobe und mit der Anzahl der Quartale.

11 % die Erweiterung um die genetische, ethische und Notlage-Indikation begrüßten.

5 % fanden, daß die formale Durchführung durch den neuen Paragraphen erleichtert sei.

Von größtem **Einfluß auf die Einstellung** zum Schwangerschaftsabbruch und den Indikationen ist weder das Alter des Chefarztes noch die parteipolitische Dominanz im betreffenden Bundesland, sondern die Konfessionszugehörigkeit des Chefarztes. So akzeptieren z. B. 99 % der protestantischen, aber nur 84 % der kath. Ärzte die medizinische Indikation. Bei der Notlage-Indikation betragen diese konfessionellen Unterschiede 36 zu 11 %.

Nimmt man die Notlage-Indikation als Maßstab, so kann eine aufgeschlossene (38 %), eine mittlere (29 %) und eine restriktive Gruppe (33 %) unterschieden werden. Es sind 20 % der kath., aber über 50 % der evgl. in der progressiven und umgekehrt 60 % der kath., aber nur 15 % der evgl. Ärzte in der zurückhaltenden Gruppe.

Deutlich wird die geringe **Information der Ärzte** über wichtige **rechtliche Implikationen.** Die meisten gynäkologischen Kliniker gehen davon aus, daß außer ihnen selbst ein anderer Arzt eine Indikation bejahen muß. Die sprachliche Nuance im Gesetzestext, wo es im § 219 StGB heißt, der andere Arzt müsse feststellen, **ob** eine Indikation vorliegt, was auch die Verneinung einer Indikation umfaßt, wurde von 74 % der Gynäkologen übersehen und dann als irreführende juristische Spitzfindigkeit empfunden. Nur 17 % würden u. U. auch abweichend von der Entscheidung des anderen Kollegen aufgrund eigener Urteilsbildung einen Schwangerschaftsabbruch durchführen.

Bei etwa 5 % aller nach Wiesbaden gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche ist die betroffene Frau minderjährig. Wegen der noch nicht erreichten Volljährigkeit kann es bei der Einwilligungsfähigkeit Rechtsunsicherheiten geben.

Immerhin 76 % der gynäkologischen Chefärzte wissen, daß die Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger nicht an die 18-Jahresgrenze gebunden ist, während 16 % zu dieser Frage unzutreffende (oder jedenfalls überholte) Vorstellungen haben. Bei der Frage, ob sie die Urteilsfähigkeit einer normal begabten 16jährigen Volksschülerin bei einem Schwangerschaftsabbruch bejahen oder verneinen [24]), so bejahen 19 % generell die Entscheidungsfähigkeit der 16jährigen Schwangeren und weitere 8 %, also insgesamt 27 %, die Einwilligungsfähigkeit je nach Indikation und familiär-lebenssituativem Hintergrund. 65 % halten die 16jährige generell nicht für einwilligungsfähig.

Aufschlußreich war die Frage nach einem Dissens zwischen Eltern und einwilligungsfähigem Mädchen, wenn die Minderjährige das Kind austragen will, die Eltern aber wegen der auf sie zukommenden Belastung auf einen Abbruch drängen. Hier würden 78 % unter keinen Umständen gegen den Willen der Schwangeren die Schwangerschaft abbrechen. Bemerkenswert aber sind die 8 % der Gynäkologen, die sich unter Zurückstellung des höchstpersönlichen Rechtsgutes der werdenden Mutter nach der Willensentscheidung der Eltern richten würden. Es scheint diesen Ärzten nicht bewußt zu sein, daß sie damit auch gegen geltendes Recht verstoßen würden.

Die **Schwierigkeit,** die sich für den gynäkologischen Kliniker ergibt, besteht darin, daß er **bei der Indikationsstellung** keine genaue Kenntnis der lebenssituativen Hintergrundsproblematik der Patientinnen und damit keine sicheren Beurteilungskriterien hat, sondern auf den einweisenden Kollegen, auf einen Psychiater oder den Bericht der Beratungsstelle angewiesen ist. Der Schwangerschaftskonflikt ist darüber hinaus für viele Frauen mit Schwierigkeiten der Lebensbewältigung verbunden, die zu psychischer Labilität, zu zur Schau getragener Schnoddrigkeit, zur Aggressivität etc. führen können. Bei der Begegnung zwischen hilfesuchender Patientin und klinischem Gynäkologen läßt sich eine Konfrontation unterschiedlich belastbarer Persönlichkeiten, unterschiedlicher Interessen, Wertungen und Konflikte feststellen, wobei die Frau in einer ungleich schwächeren Position ist. Dies wird dadurch verstärkt, daß die Entscheidung für oder gegen den Schwangerschaftsabbruch bei allen Beteiligten meist in vorbewußten Persönlichkeitsschichten fällt, die rationalen Argumenten nur unvollkommen zugänglich sind.

Das **Fazit** dieser Analyse ist also, daß ärztlicherseits der medizinisch-somatisch, der genetisch und ethisch indizierte Abbruch relativ unproblematisch ist, daß dagegen die Kooperation zwischen Psychiatern und Gynäkologen und die Abstimmung mit den Erwartungen der Frauen, die wegen psycho-sozialer und biographischer Krisen einen Abbruch der unerwünschten Schwangerschaft anstreben, unverkennbar verbesserungsbedürftig sind.

6.2.3 Die Einstellung des Krankenpflegepersonals

Fast alle befragten Krankenschwestern [25]) gaben an, sich für die Diskussion über den § 218 StGB interessiert und auch mit anderen darüber gesprochen zu haben.

Der Ansicht, den genauen Gesetzestext zu kennen, sind über ⅔ der Befragten. Wirklich genaue **Kenntnis** des Gesetzestextes haben aber nur rund die Hälfte der Befragten, während beinahe ein Drittel uninformiert ist. Immerhin wissen fast 90 %, daß der Schwangerschaftsabbruch nicht generell verboten ist, jedoch glauben 16 %, daß die Fristenregelung gilt. Fast alle, die wissen, daß der Schwangerschaftsabbruch (unter bestimmten Voraussetzungen) nicht mit Strafandrohung bedacht ist, kennen die eugenische Indikation, aber nur ⅔ kennen die Notlage-Indikation und die kriminologische Indikation. Dieser Kenntnisstand liegt zwar deutlich über dem der Gesamtbevölkerung [26]), ist

[24]) Abzüglich der 8,4 % der Ärzte, die überhaupt keine Abruptio durchführen und für die sich deshalb dieses Problem nicht stellt.

[25]) Die Aussagen über die Situation nach der Reform des § 218 StGB aus der Sicht betroffener Krankenschwestern (gynäkologische Abteilungen der Krankenhäuser) basieren zum einen auf einer anonymen Fragebogen-Umfrage bei Krankenschwestern gynäkologischer Abteilungen und Krankenhäuser im Mai 1978, zum anderen auf Aussagen von Krankenschwestern, die nach diesem Fragebogen ausgewählt und im September 1978 zu einer Diskussion mit der Kommission eingeladen wurden (die Angabe der Adresse erfolgte freiwillig).

[26]) Vgl. Kapitel 12.2, Einstellung der Bevölkerung.

jedoch sehr gering, wenn man bedenkt, daß eine Berufsgruppe angesprochen ist, die in ganz besonderem Maße von dem Problem **Schwangerschaftsabbruch** betroffen ist.

Sehr differenziert und ambivalent ist die **Einstellung** der meisten Krankenschwestern zum Schwangerschaftsabbruch. Nur 7 % lehnen den Schwangerschaftsabbruch generell ab, 38 % würden sich als Krankenschwester an jedem legalen Schwangerschaftsabbruch beteiligen, jedoch die Hälfte der Befragten können sich nicht auf eine eindeutige Haltung festlegen, sondern ziehen eine Entscheidung von Fall zu Fall vor.

Die **medizinische Indikation** stellt fast keine der befragten Krankenschwestern vor Entscheidungsprobleme. Dies stimmt mit dem Meinungsbild in der Bevölkerung überein [27]), überrascht jedoch angesichts der Tatsache, daß nur 70 bis 80 % der Chefärzte gynäkologischer Krankenhäuser einen Schwangerschaftsabbruch nach dieser Indikation vornehmen würden [28]). Die **eugenische** und die **kriminologische Indikation** treffen zwar auf geringe Widerstände, werden jedoch weitgehend akzeptiert. Das Hauptproblem liegt erwartungsgemäß bei der **Notlage-Indikation.**

Die Frage nach den Gründen, die der einzelnen Krankenschwester für einen Schwangerschaftsabbruch einsichtig sind, und die Frage, in welchen Fällen sie selbst bereit wäre, an einem Schwangerschaftsabbruch teilzunehmen, zeigt eine sehr differenzierte Haltung der Krankenschwestern.

Rd. 80 % der Schwestern, die überhaupt bereit wären, sich an einem Schwangerschaftsabbruch zu beteiligen, würden zwar alle gesetzlich festgelegten Indikationen als Grund für einen Abbruch akzeptieren, von diesen Schwestern würden jedoch nur 60 % auch selbst bei **jedem** legalen Abbruch mitwirken wollen. Diese Haltung wird durch die Diskussion mit den Krankenschwestern bestätigt, die, auch wenn sie eine liberale Haltung gegenüber dem § 218 äußerten, ihre starke psychische Belastung durch den Eingriff hervorhoben [29]) und z. T. sehr genau die Voraussetzungen dafür beschrieben, wie diese Belastung für sie soweit herabgesetzt werden könnte, daß sie mit diesem Problem besser fertig würden. Als Grundvoraussetzung wird von den befragten Schwestern eine möglichst frühzeitige Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs betrachtet. Außerdem wurde eine häufigere Anwendung der Vakuum-Aspiration [30]) vorgeschlagen sowie eine organisatorische Änderung im Krankenhaus, die es möglich macht, daß das Personal, welches bei diesen Eingriffen assistiert, regelmäßig auch zu anderen operativen Eingriffen herangezogen wird und daß nicht – wie von befragten Operationsschwestern geschildert – Krankenschwestern nur für diese Arbeit eingestellt bzw. abgestellt würden.

Wieweit die mit der Beteiligung am Schwangerschaftsabbruch befürchtete Belastung tatsächlich durch die Konfrontation mit dem Schwangerschaftsabbruch erfahren wird oder wieweit sie auf einer Vorannahme von Belastung beruht, kann aus dem vorliegenden Material nicht eindeutig beurteilt werden. Die Belastung durch den Abbruch wird jedoch dem Trend nach von allen Krankenschwestern geäußert, auch von Schwestern, die selbst keine Erfahrung mit dem Schwangerschaftsabbruch haben. Es darf bei der Beurteilung auch nicht vergessen werden, daß – wie es eine Krankenschwester deutlich aussprach – es zum Beruf der Krankenschwester gehört, Belastungssituationen zu ertragen, z. B. bei Krebskranken.

Die als belastend empfundene Situation scheint ihren spezifischen Charakter dadurch zu erhalten, daß Krankenschwestern meinen, ihre grundlegenden Aufgaben [31])

— Gesundheit zu fördern
— Krankheit zu verhüten
— Gesundheit wieder herzustellen
— Leiden zu lindern

und die im medizinischen Bereich geltende Norm, Leben zu erhalten, nicht zu erfüllen oder sogar sie zu verletzen, wenn sie bei Schwangerschaftsabbrüchen assistieren oder diese Patientinnen pflegen. Generell spricht diese Auffassung für einen noch relativ stark an der Körpermedizin orientierten Krankheitsbegriff, der die psychosoziale Dimension der Definition der WHO noch nicht ausreichend berücksichtigt. Entsprechende Norm- und Identitätskonflikte können jedoch erfolgreich in psychotherapeutisch geleiteter Gruppensupervision eigener Tätigkeit bearbeitet und ertragbar werden. Ein besonderes Problem ist dies, wenn religiöse Normen hinzukommen [32]). Die eigenständige normative Bindung, sowohl für als gegen den Abbruch, könnte auch ein Grund dafür sein, daß 40 % der befragten Krankenschwestern es ablehnen, die Gründe, die der Arzt anerkennt, auch persönlich als berechtigt anzuerkennen. Wie ambivalent die Einstellung der Krankenschwestern ist, zeigt sich auch daran, daß 22 % dafür plädieren, jede Entscheidung der Frau zu akzeptieren, jedoch nur 9 % der Krankenschwestern jeden Grund akzeptieren würden, den die Frau für den Abbruch angibt. Man könnte dies als „Geschlechtssolidarität" [33]) interpretieren, da es bei dieser Frage keinerlei Unterschiede zwischen den Gruppen gibt, die sonst kontrovers antworten; es sind lediglich gewisse Unterschiede nach dem Lebensalter zu erkennen.

Es können sehr deutliche **Einflußfaktoren** festgestellt werden, die sowohl für die Kenntnis als auch für die persönliche Einstellung und die Bereitschaft zum Abbruch gelten. Diese Faktoren sind Alter, Konfession, und – besonders deutlich, stärker noch als die eigene

[27]) Vgl. Kapitel 12.2, Einstellung der Bevölkerung.
[28]) S. dazu Kapitel 6.2.2, Einstellung der gynäkologischen Chefärzte.
[29]) Vgl. hierzu auch den im folgenden beschriebenen Normkonflikt.
[30]) Vgl. Kapitel 7.1, Methoden des Abbruchs.
[31]) Code for Nurses, ICN, nach Juchli, Liane: Allgemeine und spezielle Krankenpflege, 2. Auflage, Stuttgart 1976.
[32]) Zu diesem Problemkomplex, vgl. W. F. Char/J. F. Dermott: Abtreibung und akute Identitätskrise bei Krankenschwestern.
[33]) Vgl. dazu auch die Ergebnisse der Kapitel 12.2, Bevölkerungsbefragung.

Konfessionszugehörigkeit der Schwestern – die Trägerschaft des Krankenhauses [34]).

Mit steigendem **Alter** nimmt generell gesehen die Kenntnis über die gesetzliche Neuregelung und die Liberalität der Einstellung gegenüber dem Schwangerschaftsabbruch ab. Im allgemeinen ist ein deutlicher Bruch bei 40 Jahren (statistisch gesehen) festzustellen. So sinkt die volle Kenntnis der neuen gesetzlichen Regelung von 59 % im Alter bis zu 30 Jahren auf 38 % im Alter von über 40 Jahren, die Kenntnis der Notlage-Indikation von beinahe 80 % der bis zu 30jährigen auf nur die Hälfte der über 40jährigen. Die Bereitschaft, bei jedem legalen Abbruch auch mitzuwirken, sowie das Akzeptieren der gesetzlichen Indikationen, sinkt von der Hälfte der bis 30jährigen auf ein Viertel der über 40jährigen. Ähnliches gilt für die Notlage-Indikation, deren Akzeptanz auf rd. die Hälfte sinkt. Diese Ergebnisse decken sich voll mit der Einstellung der Gesamtbevölkerung [35]).

Überraschend ist, daß dieser Trend bei der Frage der Entscheidungsfreiheit der Frau modifiziert wird, die 30- bis 40jährigen plädieren am deutlichsten für sie, nämlich zu 36 %, gegenüber 25 % der jüngeren und lediglich 8 % der älteren. Die generelle Ablehnung des Schwangerschaftsabbruchs steigt dagegen von rd. 2 % auf 12 %.

Die Untersuchung der **Konfessionszugehörigkeit** zeigt erhebliche Unterschiede zwischen den beiden Hauptgruppen. Kath. Krankenschwestern scheinen generell schlechter informiert zu sein als ihre evgl. Kolleginnen und einer restriktiveren Lösung den Vorzug zu geben. Immerhin glaubten nur kath. Krankenschwestern (7 %) an ein allgemeines Verbot des Schwangerschaftsabbruchs, während von den evgl. Schwestern 22 % an eine Fristenregelung glaubten (gegenüber 7,5 % der kath.) [36]). Volle Kenntnis der gesetzlichen Regelung haben nur halb so viele kath. wie evgl. Schwestern (32 : 60 %). Allgemein fällt ein hoher Anteil an „weiß nicht"-Antworten bei kath. Schwestern auf, wenn nach Informationen über die Einzelheiten des § 218 gefragt ist, während sie offensichtlich bei Entscheidungsfragen eine eindeutigere Position beziehen, evgl. Schwestern würden im Fall einer Beteiligung an einem legalen Schwangerschaftsabbruch sehr viel häufiger „von Fall zu Fall" entscheiden als katholische (60 : 37 %). Auch bei der Frage des Meinungskonsenses mit ihren Kolleginnen antworten weit mehr kath. als evgl. Schwestern positiv, es ließe sich also zum einen auf eine geringere Informationsbereitschaft oder Bereitschaft, sich mit dem Problem auseinanderzusetzen schließen, zum anderen auf ein geschlosseneres Weltbild. Die Entscheidung der kath. Schwestern fällt allgemein zurückhaltender aus als die der evgl., eine Teilnahme an einem Schwangerschaftsabbruch würden 38 % der kath., aber nur 11 % der evgl. Schwestern generell ablehnen.

Rd. 20 % mehr evgl. als kath. Krankenschwestern würden eine Notlage der Frau als Grund für einen Abbruch akzeptieren, dieser Unterschied schwindet jedoch bei der Frage der eigenen Bereitschaft zur Teilnahme an einem Abbruch fast völlig, evgl. Schwestern behalten sich meist eine Entscheidung von Fall zu Fall vor.

Der für die Konfession aufgezeigte Trend gilt in besonderem Maße auch für die **Trägerschaft** des Krankenhauses, und dies, obwohl die Zuordnung zwischen Religion der Krankenschwester und konfessioneller Bindung des Krankenhauses keineswegs eindeutig ist. In bezug auf Kenntnis, Einstellung und Bereitschaft zur Teilnahme am Abbruch kann generell größte Kenntnis und Liberalität bei Krankenschwestern in Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft festgestellt werden, es folgen dann Schwestern aus Krankenhäusern in evgl. Trägerschaft und schließlich Schwestern aus Krankenhäusern in kath. Trägerschaft. So haben volle Kenntnis der gesetzlichen Regelung lediglich 10 % der Schwestern in kath. Krankenhäusern, während immerhin 54 % der Schwestern aus evgl. und 61 % derjenigen aus öffentlichen Krankenhäusern volle Kenntnis besitzen. 34 % der Schwestern aus kath. Krankenhäusern wissen nicht, ob der Schwangerschaftsabbruch generell verboten ist, in evgl. Krankenhäusern sind dies nur 5 %, in öffentlichen nur 2 %. Nur 24 % Schwestern in Krankenhäusern kath. Träger glauben, daß ein Schwangerschaftsabbruch bei Vergewaltigung erlaubt ist, gegenüber 75 % evgl. und 83 % öffentlicher, fast die Hälfte der Schwestern an kath. Krankenhäusern kennt die Notlage-Indikation nicht und noch 32 % antworten mit „weiß nicht".

Über die Hälfte der Schwestern in evgl. und öffentlichen Krankenhäusern würden bei einer Eigenbeteiligung am Schwangerschaftsabbruch „von Fall zu Fall entscheiden", während dies nur gut ¼ der Schwestern in kath. Trägerschaft antworten. Analog liegt die prozentuale Verteilung bei der Frage nach dem Akzeptieren jedes legalen Schwangerschaftsabbruches bzw. der Notlage-Indikation.

Erstaunlich ist die große Annäherung der Bereitschaft zur Teilnahme am Schwangerschaftsabbruch der Schwestern aus evgl. und öffentlichen Krankenhäusern, da – wie aus den vorliegenden Unterlagen deutlich wird – zwar in 90 % der öffentlichen Krankenhäuser Abbrüche vorgenommen werden und in 73 % der evgl. (gegenüber nur 10 % der kath.), daß die Mehrzahl der evgl. Krankenhäuser (nach Äußerung der Schwestern) sich jedoch auf die medizinische Indikation beschräkt.

Die **Situation im Krankenhaus** kann auf der Grundlage der Untersuchung und des Gesprächs mit den Krankenschwestern nur mit großer Vorsicht beurteilt werden, da die Ergebnisse nicht im strengen Sinn repräsentativ sind. Weitere Untersuchungen zu diesem Problembereich sind daher notwendig. Es konnten jedoch einige schlaglichtartige Eindrücke gesammelt werden, die wichtige Aspekte beleuchten.

[34]) Es wurde unterschieden öffentliche, katholische, evangelische und sonstige; ein etwas geringerer Zusammenhang bestand mit der Dienststellung, dem Familienstand, Kinderlosigkeit und dem Bundesland sowie der Vornahme von Abbrüchen am Krankenhaus. Da diese Faktoren jedoch vermutlich mit den erstgenannten gekoppelt sind, soll auf eine Aussage hierüber verzichtet werden; es ist nicht klar, wieweit sich die Faktoren gegenseitig bedingen.

[35]) Bevölkerungsumfrage der Kommission, Kapitel 12.2.

[36]) Vgl. dazu den Einfluß der Konfessionszugehörigkeit bei der Einstellung der Bevölkerung, Kapitel 12.2.

Plausibel scheint die Annahme, daß die soziale Nähe des Problems „Schwangerschaftsabbruch" mit der Einstellung zum § 218 StGB zusammenhängt, so daß bei größerer Problemnähe auch von einer liberaleren Einstellung ausgegangen werden kann. Krankenschwestern, die in ihrem Bekanntenkreis mit dem Schwangerschaftsabbruch konfrontiert worden sind, sind eher bereit, einen Schwangerschaftsabbruch zu akzeptieren, ebenso Krankenschwestern, an deren Klinik Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden, sowie Schwestern im Alter zwischen 20 und 40 Jahren, die am wahrscheinlichsten eine unerwünschte Schwangerschaft selbst erfahren könnten [37]). Dies entspricht den Ergebnissen der Bevölkerungsumfrage, die je nach „Problemnähe" eine veränderte Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch ergibt [38]). Verstärkt werden dürfte dieser Effekt bei den Krankenschwestern noch dadurch, daß eine Wechselwirkung eintritt. Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch planen, werden sich zur Bestätigung der eigenen Entscheidung gezielt an solche Frauen bzw. Krankenschwestern wenden, die eine positive Einstellung zum § 218 StGB vermuten lassen, so daß Frauen mit einer liberaleren Haltung und in einer bestimmten Altersklasse häufiger mit dem Problem Schwangerschaftsabbruch konfrontiert werden dürften [39]).

Offensichtlich ist auch, daß der Schwangerschaftsabbruch bei den Krankenschwestern sehr ambivalente Reaktionen hervorruft und sehr emotionsbesetzt ist. Sie fühlen sich offenbar in dieser Situation unsicher und hilflos und ziehen sich daher leicht auf Pauschalurteile und dogmatische Standpunkte zurück, auch wenn sie mit ihrer allgemeinen Einstellung einer liberalen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs zuneigen. Sie erhalten meist keine Hilfe, um mit dieser für sie neuartigen und potentiell konfliktbelasteten Situation fertig zu werden, sie erfahren meist nichts über die gestellte Indikation oder die Problemlage der Frau, sind weder an vor- oder nachsorgender Beratung und Betreuung beteiligt und haben auch keine adäquate psychologische Ausbildung, um mit den unberechenbaren Reaktionen ihrer Patientinnen zwischen Trauer, Erleichterung und Aggression umgehen zu können. Vom Gesetz wird ihnen zwar die eigene Entscheidung über eine Teilnahme am Schwangerschaftsabbruch zugestanden, in der Realität des Krankenhauses läßt sich dies jedoch kaum durchsetzen. Auch OP-Schwestern, die das Problem des Weigerungsrechtes unmittelbar betrifft, sind nur zu 9 % über die Indikation zum Abbruch informiert, obwohl nur 52 % bereit wären, sich an jedem legalen Schwangerschaftsabbruch zu beteiligen. Diese geringe Information schließt schon von vorneherein die Weigerungsmöglichkeit aus und mag neben Mängeln der Kommunikation im Krankenhaus eine resignative Haltung der betreffenden Schwestern anzeigen. Diese Probleme sind jedoch weder im Fall der OP-Schwestern noch im Fall der Schwester im Pflegedienst typisch für das Problem des Schwangerschaftsabbruchs, vielmehr zeigen sich ganz allgemeine Strukturschwächen des Krankenhausbetriebs. Besonders dem Pflegepersonal wird im Krankenhaus traditioneller Art wenig Eigenständigkeit und -verantwortlichkeit zugestanden. Teamarbeit, bei der die Krankenschwester als Partner in das therapeutische Team einbezogen und die arbeitskräftesparende klassische Arbeitsteilung (Funktionspflege) abgeschafft ist, sowie Gruppenpflege und rollierende Aufgabenverteilung, mit der das Prestigegefälle zu anderen pflegerischen Bereichen verringert werden könnte, gibt es nur in wenigen Krankenhäusern. Die Möglichkeit der freien Arbeitsplatzwahl ist zudem innerhalb der Krankenhäuser durch das Direktionsrecht stark eingeschränkt, der Arbeitsplatz und damit die Art der pflegerischen Tätigkeit werden zugewiesen. So beurteilten die befragten Krankenschwestern die Möglichkeit der Versetzung auf eine gleichwertige Stelle in einer anderen Abteilung als sehr gering.

Obwohl also im allgemeinen die weitgehende Negativ-Haltung der Krankenschwestern nicht bestätigt werden konnte, und Schwierigkeiten mit dem Krankenpflegepersonal in den weitaus meisten Fällen keine Begründung für die mangelnde Bereitschaft zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen an Krankenhäusern sein können, ist es möglich, daß es – aufgrund der oben genannten Mängel – zu einer reservierten Einstellung gegenüber Abruptio-Patientinnen kommt, die zu inneren Spannungen führen kann, da Krankenschwestern sich trotz dieser Einstellung zu einer neutralen bis ermunternden Haltung verpflichtet fühlen, und sich zum Teil in einem Gefühl der Frau, schlecht behandelt zu werden, niederschlagen mag.

6.3 Sondereinrichtungen

Da es im Bereich der Ärzte und Krankenhäuser durchaus noch Reserven gegenüber der Indikationsstellung und der Beteiligung am Schwangerschaftsabbruch gibt, da regionale Unterschiede bei der Versorgung mit Einrichtungen bestehen und der ambulante Schwangerschaftsabbruch nicht in allen Gebieten der Bundesrepublik möglich ist, überrascht es kaum, daß die Forderung nach Sondereinrichtungen immer nachdrücklicher erhoben und vor allem von Gewerkschaften und Verbänden auch gegenüber der Bundesregierung und den Landesregierungen artikuliert wird. Gefordert wird dabei eine Einrichtung, die den Abbruch der Schwangerschaft in einen größeren, verwandten Aufgabenbereich einordnet, damit einerseits die befürchtete Stigmatisierung der Frauen durch den Kontakt mit einer „Abbruchseinrichtung" verhindert, andererseits ein für diese Aufgaben engagiertes und verständnisvolles Fachpersonal erwartet werden kann, so daß in dieser kritischen Lebenssituation keine zusätzlichen, sachlich nicht erforderlichen Erschwernisse in Kauf genommen werden müssen.

---

[37]) Ergebnis der Untersuchung der Kommission über die Einstellung des Krankenpflegepersonals.

[38]) Vgl. Kapitel 12.2.2.1.

[39]) Vgl. dazu P. Schnabel: Respektabilität und Schwangerschaftsabbruch, unveröffentlichtes Manuskript. Er stellt dar, daß ein entscheidendes Problem von Frauen, die einen normativ negativ bewerteten und von den Frauen selbst auch allgemein moralisch abgelehnten Schwangerschaftsabbruch anstreben, darin besteht, diese Entscheidung vor sich zu rechtfertigen, was dazu führt, daß sie gezielt eine Bestätigung dieser Entscheidung durch Außenstehende suchen.

Im Ausland sind Sondereinrichtungen bereits seit längerem tätig [40]). Aus diesem Grund hat die Kommission Einrichtungen in Großbritannien und den Niederlanden besucht und auch ausländische Experten zu einem Informationsgespräch eingeladen.

Einzelne Initiativen möchten als Sonderprojekt ein „Beratungszentrum" gefördert sehen, in dem neben der Beratung über Fragen der Familienplanung sowie der medizinischen und sozialen Beratung Schwangerer auch Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen werden können.

Funktionen des Beratungszentrums [41]) sind:

— Beratung im umfassenden Konzept der Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung Pro Familia in Fragen der Sexualaufklärung, Sexualpädagogik und der Familienplanung
— Beratung im umfassenden Konzept der Partnerberatung in Beziehungskonflikten
— Schwangerschaftskonfliktberatung, Sozialberatung, medizinische Beratung
— Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen mit der Absaugmethode bis zur 8. Woche nach der Empfängnis.

Der Senator für Gesundheit und Umweltschutz in Bremen stellte fest, daß er dem Projekt grundsätzlich positiv gegenüberstehe, daß aber eine Einrichtung dieser Art nicht in den Landeskrankenhausbedarfsplan aufgenommen werden kann, d. h. daß lediglich ambulante Schwangerschaftsabbrüche durch einen niedergelassenen Arzt erfolgen können.

Ähnliche Pläne sind der Landesregierung in Nordrhein-Westfalen vom Bezirksverband Niederrhein der Arbeiterwohlfahrt vorgelegt worden.

In den Gesprächen der Kommissionsmitglieder mit Vertretern der Ärztekammern und den ärztlichen Berufsverbänden wurden zu dieser Frage unterschiedliche Meinungen geäußert. Während die Bundesärztekammer sich eindeutig gegen die Gründung von Sondereinrichtungen aussprach, erfolgte die Meinungsbildung bei den übrigen Gesprächsteilnehmern in differenzierter Form. Dies gilt mehr oder weniger auch für die Mitglieder der Kommission selbst, die nach Besuchen in England, Holland und dem Studium von Berichten aus den USA zu unterschiedlichen Bewertungen kamen.

In der Diskussion über Sondereinrichtungen werden als Vorteile aufgezählt

1. Eine verständnisvollere Einstellung des Personals zu den betroffenen Frauen
2. die Abkürzung des Verfahrensweges für die Frau
3. der Fortfall der Stigmatisierung der Frauen durch Einbettung des Schwangerschaftsabbruchs in ein umfassendes, mit Sexualität und Schwangerschaft im Zusammenhang stehendes Beratungsangebot
4. größere Einheitlichkeit in den ärztlichen Entscheidungen
5. die qualitative Verbesserung der Operationsmethoden und dadurch Senkung der Komplikationsrate
6. der Fortfall von Zwangssituationen für Ärzte und Pflegepersonen, die den Kontakt mit dieser Problematik ablehnen
7. eine qualifizierte Nachbehandlung, insbesondere im Hinblick auf die nachfolgende Empfängnisregelung und
8. eine gravierende Kostenersparnis bei ambulanten Einrichtungen.

Als **Nachteile** werden gesehen:

1. Die einseitigere Arbeit für Ärzte und Pflegepersonal, die auf die Dauer zu einer Senkung des Leistungsstandards führen könnte
2. die gesellschaftliche Stigmatisierung des Fachpersonals in den Einrichtungen
3. die Absonderung des Aufgabengebietes aus dem klinischen Bereich von Geburtshilfe und Gynäkologie zu einer Zeit, in der dieses sowohl wissenschaftlich wie auch klinisch in besonderer Weise der Aufmerksamkeit und des Verständnisses des Gesamtfaches bedarf
4. der Fortfall des Aufgabenbereiches in der ärztlichen und pflegerischen Aus- und Weiterbildung
5. die Schwierigkeiten der Finanzierung von Sondereinrichtungen in dem durch Gesetze vorgegebenen System der gesundheitlichen Versorgung in der Bundesrepublik.

Es sind allerdings Ansätze denkbar, die diese Nachteile aufheben. Bei entsprechendem Personaleinsaz wie beispielsweise den holländischen Stimezo-Kliniken ist eher eine Erhöhung des Leistungsstandards gegeben (Zeitverträge mit zeitweilig intensiver Beschäftigung mit diesem Problem; bei Ärzten z. B. für ein oder zwei Tage in der Woche, wobei diese Ärzte dann gegebenenfalls immer noch eine erheblich größere technische Fertigkeit besitzen als seltener mit dem Problem des Schwangerschaftsabbruchs befaßte Assistenzärzte von Kliniken). Eine gesellschaftliche Stigmatisierung des Fachpersonals in den Sondereinrichtungen ist durch anonymen Personaleinsatz wesentlich leichter zu erreichen als eine Vermeidung der Stigmatisierung von Patientinnen, die in regulären Krankenhäusern stationär aufgenommen werden.

Es wären – selbstverständlich unter Berücksichtigung des Weigerungsrechts – Modelle der Personalrotation denkbar in der Art, wie sie beispielsweise bei der Ausbildung von Fachärzten für Psychiatrie durch eine bestimmte Tätigkeitszeit in der Neurologie festgelegt sind.

Um die Finanzierung zu gewährleisten, könnten Modifikation oder Novellierung der entsprechenden Gesetze und Verträge vorgenommen werden.

Diese Maßnahmen zur Kompensation von Nachteilen der Sondereinrichtungen dürften vermutlich relativ leichter durchzusetzen sein als Maßnahmen, die die Vorteile der Sondereinrichtungen auch in allgemeinen Krankenhäusern wirksam werden ließen.

Unabhängig von den bekanntgewordenen Vorstellungen einzelner Trägerverbände bleibt zu überlegen, ob besondere Einrichtungen für den Schwangerschaftsabbruch auch andere organisatorische und strukturelle Kriterien zum Inhalt haben können, die gleichfalls dem Anliegen der Gesetzesreform förderlich wären und

[40]) Vgl. Kapitel 15: Der Schwangerschaftsabbruch im Ausland, die Abschnitte über die Niederlande, Großbritannien und die USA.

[41]) Spezifiziert im Förderungsantrag des Landesverbandes der Pro Familia, Bremen, an den Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit.

ohne Schwierigkeiten in das bestehende System der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung eingeordnet werden könnten.

So könnte etwa eine gesonderte Station innerhalb eines Krankenhauses unter Benutzung der allgemeinen Einrichtungen und der Operationsräume dem gleichen Zweck dienen. Auch wären gesonderte Gebäude in einem Krankenhausgelände mit Operationsmöglichkeiten und u. U. Ambulanz unter Benutzung anderer Einrichtungen des Krankenhauses denkbar. In beiden Fällen würde sich eine ökonomisch und für die Frauen auch psychologisch günstige Lösung anbieten, deren Realisierungschancen nach den bisherigen Erfahrungen mit Krankenhäusern in der Bundesrepublik allerdings nicht besonders optimistisch eingeschätzt werden dürften. Als Angebot potentieller Träger dürfte daher am ehesten die räumlich und organisatorisch vollständig von Klinik und Krankenhaus getrennte Einrichtung unter Einbeziehung von Beratungsaufgaben und anderen verwandten Aufgabengebieten wie Sterilisation und Familienplanung in Betracht kommen, die in etwa der von einzelnen Initiativen vorgeschlagenen Konzeption entspricht.

Unter Berücksichtigung aller genannten Faktoren sieht die Kommission sich außerstande, eine durchgehend verbindliche Stellungnahme zu dieser Fragestellung abzugeben, sie beschränkt sich angesichts der unverkennbaren Vorteile der Sondereinrichtungen auf die im Kapitel 16 gegebenen Empfehlungen.

7 Medizinische Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs

Eine Schwangerschaft dauert im allgemeinen ungefähr 264 Tage. Der Schwangerschaftsbeginn, d. h. der Zeitpunkt der Konzeption, ist bei einem regelmäßigen 28tägigen Zyklus um den 14. Zyklustag anzunehmen. Die Schwangerschaftsdauer nach der Empfängnis (post conzeptionem) beträgt 264 Tage, da der Konzeptionstermin sehr selten bekannt ist, wird rechnerisch der Schwangerschaftsbeginn mit dem ersten Tag der letzten Menstruation bestimmt. Diese Schwangerschaftsdauer nach der letzten Regelblutung (post menstruationem) beträgt durchschnittlich 278 bis 280 Tage. Die Schwangerschaftsdauer wird in Wochen ausgedrückt. Zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft ist eine vorzeitige Beendigung möglich. Von der Empfängnis bis zur Einnistung und ersten Teilung des befruchteten Eies vergeht ein Zeitraum, der nicht genau eingegrenzt werden kann. Der Untergang des befruchteten Eies verläuft im allgemeinen symptomlos. Alle Maßnahmen, die den Untergang des Eies in der sogenannten prä-Implantationsphase bewirken, werden nicht als Abortiva sondern als Kontrazeptiva im weitesten Sinne bewertet [1]).

7.1 Methoden des Schwangerschaftsabbruchs

Im folgenden werden die gängigen Methoden des Schwangerschaftsabbruchs dargestellt. Es muß dabei jedoch beachtet werden, daß es nicht nur objektive Qualitätskriterien für diese Methoden gibt, sondern daß die Methodenwahl ganz eindeutig von den Kenntnissen und der Erfahrung des Arztes sowie von der Situation der Frau abhängt.

Das in den USA diskutierte und praktizierte Verfahren der „menstrual regulation" wird dort mehr oder weniger als kontrazeptive Maßnahme bezeichnet, obwohl mit dem Absaugen des Gebärmutterinhalts in den ersten Tagen nach Ausbleiben der Menstruation durchaus auch ein Schwangerschaftsabbruch beabsichtigt werden kann. Die **Menstruationsaspiration** (in den USA auch als Endometriumaspiration bezeichnet) wird mit einer kleinen Kanüle vorgenommen, die mit einer von Hand bedienbaren Spritze oder einer Vakuumflasche mit Zapfen verbunden ist. Der Eingriff ist so einfach, daß er auch von Nichtmedizinern durchgeführt werden könnte. Der Hauptzweck besteht darin, einer Frau, die Angst hat, konzipiert zu haben, den Uterus zu einem Zeitpunkt auszuräumen, zu dem die Schwangerschaftsdiagnose noch nicht erfolgt ist. Es können so Wochen der Angst vermieden werden; der Schwangerschaftsabbruch findet in einem sehr frühen Stadium statt; der Eingriff ist für die Patientin und das betroffene ärztliche Personal weniger belastend, und die Kosten des Instrumentariums für den Eingriff sind gering. Ein Nachteil ist jedoch, daß mancher Eingriff unnötig vorgenommen wird. Es besteht außerdem bei jedem Einführen der Kanüle eine potentielle Infektionsgefährdung.

Die Curettage wird zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches im allgemeinen innerhalb der ersten 14 Wochen angewandt. In Allgemein- oder Regionalanästhesie wird der Gebärmutterhalskanal – die Cervix – mit sogenannten Hegarstiften mit allmählich zunehmendem Durchmesser erweitert. Bei ausreichend erweitertem Halskanal von etwa 12 bis 14 mm Weite kann dann die Frucht mit einer Abortfaßzange entfernt werden. Noch verbleibende Placentaanteile werden mit einer großen oder mittleren stumpfen Curette aus der Gebärmutterhöhle entfernt. Je weiter die Schwangerschaft fortgeschritten ist, desto stärker muß der Gebärmutterhalskanal erweitert werden.

Bei der **Aspirationscurettage** [2]) wird – u. U. nach Weitung des Gebärmutterhalskanals – der Uterusinhalt mit einer Kunststoff- oder Metallkanüle und einem Unterdruck von 0,5 bis 1 atü abgesaugt. Im Vergleich zur Ausschabung [3]) hat die Saugcurettage den Vorteil, daß die Dauer des Eingriffes kürzer, der Blutverlust geringer und die Frucht weniger deutlich erkennbar ist. Um sicher zu sein, daß die Gebärmutterhöhle leer ist, kann

[1]) Vgl. Kapitel 8.2.4, Intrazeption.

[2]) Auch Saugcurettage, Absaugmethode, Vakuumaspiration, etc. genannt.

[3]) Curettage.

anschließend noch mit einer stumpfen Curette nachgetastet werden. Bei Aspirationscurettage vor der 8. Woche braucht die Cervix nur wenig oder überhaupt nicht dilatiert werden, und an Stelle einer allgemeinen Narkose kann eine lokale Betäubung angewandt werden. Nach der 12. bis 14. Schwangerschaftswoche können technische Schwierigkeiten bei der Curettage auftreten, so daß meist andere Verfahren verwandt werden. Es sind dies zum einen die chirurgischen Methoden des Schwangerschaftsabbruchs, zum anderen die kombinierten medikamentösen chirurgischen Methoden.

Die Eröffnung der Gebärmutter durch Schnitt (die **Hysterotomie**), wird meist durch einen Leibschnitt durchgeführt. Nach operativer Eröffnung der Gebärmutterhöhle wird die Frucht entfernt und verbleibende Plazentareste mit der stumpfen Curette von der Gebärmutterwand gelöst. Bei dieser Art des Schwangerschaftsabbruchs wird oft auch gleichzeitig eine Tubensterilisation durchgeführt. Die Eröffnung der Gebärmutter durch Schnitt kann bei ungenügender Dehnbarkeit des Gebärmutterhalskanals auch durch vaginale Spaltung des Gebärmutterhalses erfolgen.

Die operative Entfernung der Gebärmutter samt Inhalt (die **Hysterektomie**) wird zuweilen angewandt zum Abbruch der Schwangerschaft und zur Sterilisation bei Patientinnen, bei denen gleichzeitig Störungen am Uterus oder am Gebärmutterhals vorliegen, z. B. bei chronischen Entzündungen, bei Myom und Gebärmutterhalskrebs. Die Hysterektomie kann ebenso wie die Hysterotomie durch Leibschnitt, aber auch von der Scheide aus durchgeführt werden.

Die **Prostaglandine** stellen chemisch Hydroxyfettsäuren dar, von denen bislang 13 aus dem menschlichen Samenplasma isoliert werden konnten. Prostaglandine können jetzt auch synthetisch hergestellt werden. Die Prostaglandine stimulieren die glatte Muskulatur und veranlassen Zusammenziehungen. Sie können lokal appliziert oder auch enteral oder parenteral gegeben werden. Seit 1973 sind Prostaglandine auch in der Bundesrepublik erhältlich. Die Verwendung von Prostaglandinen, vornehmlich die parenterale Applikation, erfordert eine Schmerzausschaltung. Diese kann durch Allgemeinnarkose oder durch sogenannte rückenmarksnahe Leitungsanästhesie erfolgen. Die für die Einleitung eines Schwangerschaftsabbruches notwendige Prostaglandindosis liegt fünf bis zehn Mal höher als jene, die zur Einleitung einer Geburt am Ende der Schwangerschaft benötigt wird. Als Nebenerscheinungen treten sehr häufig Übelkeit, Erbrechen, Durchfall und Temperaturerhöhungen auf. Auch sind Todesfälle nach der Prostaglandinanwendung beschrieben worden.

Zur Einleitung eines Schwangerschaftsabbruches können Prostaglandine bei lokaler Anwendung auch mit anderen wehenauslösenden Substanzen, beispielsweise mit dem Oxytocin kombiniert werden. Die Anwendung von Prostaglandinen wird im internationalen Schrifttum sehr unterschiedlich beurteilt. Die intravenöse oder die intraamniale Anwendung bis zur 12. bis 14. Schwangerschaftswoche wird nicht mehr empfohlen. Jenseits der 12. bis 14. Schwangerschaftswoche steht die Prostaglandinanwendung in Konkurrenz zu chirurgischen Methoden der Gebärmutterentleerung.

Die Einbringung von Salzlösungen in die Gebärmutterhöhle, die sog. intra- oder extrauterinen **Instillationen**, wirkt wehenauslösend, je nach Konzentration der Salzlösung führen diese auch zum Absterben der Frucht. Die Latenzzeit, d. h. die Zeit, die von der Einbringung der Lösung bis zum Ausstoßen der Frucht verstreicht, ist beträchtlich lang und beträgt häufig bis zu 24 Stunden. Die negative Allgemeinwirkung der instillierten Lösungen ist gelegentlich sehr deutlich, so daß im allgemeinen diese Maßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland keine weite Verbreitung gefunden haben.

Die Anwendung intracervical oder intrauterin zu applizierender **Pasten**, die Prostaglandine enthalten und daher abortiv wirken können, ist nicht sehr weit verbreitet, da Fieber und Komplikationen auftreten können. Die intracervicale Anwendung eines synthetischen Sulfa-Prostaglandins zur Vorbereitung der Dilatation scheint nach Berichten aus dem Schrifttum einige Vorteile zu haben.

Die **Laminaria-Stifte** sind organische Quellstifte, die sich zur langsamen Aufdehnung des Muttermundes bei fortgeschrittener Schwangerschaft eignen. Eine Verletzung des Gebärmutterhalses ist bei allmählicher Dehnung weniger zu befürchten als bei schneller Dehnung durch Hegarstifte [4]). Der Literatur in den USA ist zu entnehmen, daß bei der Aufdehnung des Gebärmutterhalskanals mit Laminaria-Stiften Fehlgeburten bei nachfolgenden Schwangerschaften deutlich seltener beobachtet werden.

7.2 Darstellung der Abbruchsmethoden nach der Bundesstatistik

Bei den im Reformgesetz angeordneten Meldungen der Abbrüche wird u. a. die Angabe der vom Arzt angewandten Methode des Abbruchs verlangt [5]).

7.2.1 Entwicklungstrends

Die im 3. Quartal 1976 begonnene Statistik zeigt hinsichtlich der Methodenanwendung einen deutlichen zeitlichen Trend, der durch die Nebeneinanderstellung der Jahre 1977 und 1978 zum Ausdruck kommt und noch stärker im zweijährigen Unterschied zwischen dem 4. Quartal 1976 und dem 4. Quartal 1978.

---

[4]) Vgl. Curettage.

[5]) Trotz der allgemeinen Unvollständigkeit der Meldebeteiligung dürften die Angaben über die Methoden einwandfrei sein; es mag zwar sein, daß bei den nicht-meldenden Ärzten nicht ganz genau dieselbe Verteilung der Methoden vorliegt, wie aus der Statistik bei den meldenden Ärzten hervorgeht, aber grundlegende Unterschiede sind nicht anzunehmen. Bei speziellen Fragen wird auf Fehlerquellen hingewiesen werden.

Tabelle 1

Abbruchsmethoden 1977 und 1978 sowie in den Quartalen IV/76 und IV/78

Methode des Abbruchs	Jahr 1977		Jahr 1978		IV. Quartal 1976		IV. Quartal 1978	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Curettage	23 502	*43,3*	26 042	*35,4*	5 557	*57,7*	5 697	*28,7*
Vakuumaspiration	26 112	*48,1*	41 961	*57,1*	3 228	*33,5*	12 767	*64,4*
Vag. Hysterotomie	417	*0,8*	336	*0,5*	108	*1,1*	68	*0,3*
Abdom. Hysterotomie	545	*1,0*	379	*0,5*	118	*1,2*	97	*0,5*
Hysterektomie	793	*1,5*	668	*0,9*	205	*2,1*	161	*0,8*
Medikamentöser Abbruch	2 108	*3,9*	3 198	*4,3*	327	*3,4*	804	*4,1*
ohne Angabe der Methode	832	*1,5*	964	*1,3*	95	*1,0*	235	*1,2*
zusammen	54 309	*100*	73 548	*100*	9 638	*100*	19 829	*100*

Die Curettage war anfangs (IV/76) das weit überwiegend angewandte Verfahren (57,7 %); erst in weitem Abstand folgte die Vakuumaspiration (33,5 %). Inzwischen hat sich das Verhältnis fast umgedreht: Die Vakuumaspiration wird (IV/78) schon fast bei zwei Drittel der Fälle angewandt, die Curettage ist auf 29 % zurückgegangen. Beide Verfahren zusammen sind in allen Berichtszeiten mit mehr als 91 bis 93 % die beherrschenden, denen gegenüber alle anderen, die freilich auch auf speziellen ärztlichen Indikationen beruhen, weit zurücktreten. Die Hysterotomien und die Hysterektomie sind absolut und relativ zurückgegangen; der medikamentöse Abbruch hat zugenommen.

7.2.2 Anwendung nach Dauer der Schwangerschaft

Die Methodenanwendung hängt auch vom Stadium der Schwangerschaft ab, wie aus Tabelle 2 entnommen werden kann.

Tabelle 2

Abbruchsmethoden nach bisheriger Dauer der Schwangerschaft 1977 und 1978

bisherige Dauer	Curettage	Vakuum-aspiration	Vaginale Hysterotomie	Abdominale Hysterotomie	Hysterektomie	Medik. Abbruch	ohne Angabe	insgesamt	%
				a) absolute Zahlen 1977					
unter 6 Wochen	283	327	5	1	3	1	7	627	*1,2*
6 bis 7 Wochen	4 888	4 634	50	84	74	90	141	9 961	*18,3*
8 bis 9 Wochen	9 125	10 547	153	121	293	506	312	21 057	*38,8*
10 bis 12 Wochen	7 427	8 916	155	174	333	954	251	18 210	*33,5*
13 und mehr Wochen	364	315	29	115	54	448	35	1 360	*2,5*
unbekannt	1 415	1 373	25	50	36	109	86	3 094	*5,7*
zusammen	23 502	26 112	417	545	793	2 108	832	54 309	*100*
				b) absolute Zahlen 1978					
unter 6 Wochen	243	457	2	1	2	10	14	729	*1,0*
6 bis 7 Wochen	5 330	8 876	40	42	74	186	150	14 698	*20,0*
8 bis 9 Wochen	10 447	18 486	138	94	279	908	383	30 735	*41,8*
10 bis 12 Wochen	7 941	11 674	111	123	227	1 423	251	21 750	*29,6*
13 und mehr Wochen	340	405	22	82	52	488	46	1 435	*1,9*
unbekannt	1 741	2 063	23	37	34	183	120	4 201	*5,7*
zusammen	26 042	41 961	336	379	668	3 198	964	73 548	*100*
				c) Anteile (%) der Abbruchsmethoden bei Schwangerschaften verschiedener Dauer					
				1977					
unter 6 Wochen	*45,1*	*52,2*	*0,8*	*0,2*	*0,5*	*0,2*	*1,1*	*100*	
6 bis 7 Wochen	*49,1*	*46,5*	*0,5*	*0,8*	*0,7*	*0,9*	*1,4*	*100*	
8 bis 9 Wochen	*43,3*	*50,1*	*0,7*	*0,6*	*1,4*	*2,4*	*1,5*	*100*	
10 bis 12 Wochen	*40,8*	*49,0*	*0,9*	*1,0*	*1,8*	*5,2*	*1,4*	*100*	
13 und mehr Wochen	*26,8*	*23,2*	*2,1*	*8,5*	*4,0*	*32,9*	*2,6*	*100*	
unbekannt	*45,7*	*44,4*	*0,8*	*1,6*	*1,2*	*3,5*	*2,8*	*100*	
zusammen	*43,3*	*48,1*	*0,8*	*1,0*	*1,5*	*3,9*	*1,5*	*100*	
				1978					
unter 6 Wochen	*33,3*	*62,7*	*0,3*	*0,1*	*0,3*	*1,4*	*1,9*	*100*	
6 bis 7 Wochen	*36,3*	*60,4*	*0,3*	*0,3*	*0,5*	*1,3*	*1,0*	*100*	
8 bis 9 Wochen	*34,0*	*60,1*	*0,4*	*0,3*	*0,9*	*3,0*	*1,2*	*100*	
10 bis 12 Wochen	*36,5*	*53,7*	*0,5*	*0,6*	*1,0*	*6,5*	*1,2*	*100*	
13 und mehr Wochen	*23,7*	*28,2*	*1,5*	*5,7*	*3,6*	*34,0*	*3,2*	*100*	
unbekannt	*41,4*	*49,1*	*0,5*	*0,9*	*0,8*	*4,4*	*2,9*	*100*	
zusammen	*35,4*	*57,1*	*0,5*	*0,5*	*0,9*	*4,3*	*1,3*	*100*	

Insgesamt liegt das zeitliche Maximum der Abbrüche in der 8. Schwangerschaftswoche, in der etwa ein Viertel aller Abbrüche durchgeführt wird.

Die Curettage und die Vakuumaspiration werden bei weiter fortgeschrittener Schwangerschaft seltener durchgeführt, insbeondere nach der 12. Woche; dann treten der medikamentöse Abbruch und in gewissem Grade auch die Uterusoperationen [6]) ein.

Der Vergleich von 1977 und 1978 zeigt erfreulicherweise einen deutlichen Trend zum frühzeitigen Abbruch; die Abbrüche bis zur 9. Woche sind von 58,3 % auf 62,8 % angestiegen. Der Rückgang der Curettage und der Anstieg der Saugabrasio ist bei den frühzeitig vorgenommenen Abbrüchen am stärksten.

[6]) Hier nur als Kurzbezeichnung für die Hysterotomien und Hysterektomie gebraucht.

7.2.3 Verteilung nach Bundesländern

In den Bundesländern finden sich außerordentlich starke Unterschiede in der Häufigkeit der Abbruchsverfahren [7]).

Die Anwendung der Curettage schwankte 1977 zwischen 30 % und 70 %. Ihr relativer Anteil ging in den meisten Ländern erheblich zurück; lediglich in Niedersachsen und im Saarland stieg er deutlich an. Die Absolutzahlen sind nur in Bayern und Hamburg zurückgegangen.

Die Vakuumaspiration zeigt das komplementäre Bild. Sie ist fast überall stark angestiegen, insbesondere in Hessen, Nordrhein-Westfalen und Bayern. Eine niedrigere Häufkgkeit weisen Berlin, Saarland, Rheinland-

[7]) Vgl. Tabelle 2, Kapitel 6.1.1.3.

Pfalz und Niedersachsen auf. Der medikamentöse Abbruch ist 1978 in Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Berlin am häufigsten. Hysterektomien werden in Berlin am seltensten vorgenommen.

In Tabelle 4 werden die Länderzahlen wiedergegeben, wobei die Verteilung der Abbruchsmethoden auf die einzelnen Institutionen angegeben ist, weil erst hieraus das volle Ausmaß der Heterogenität der Länder hervorgeht [8]).

Zum Vergleich sei auf die Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche auf verschiedene Institutionen in Kapitel 6.1.1.3, Versorgung mit Einrichtungen, Tabelle 2, hingewiesen.

Tabelle 3

Abbrüche 1977 und 1978 nach Bundesländern, Ort und Methode des Abbruchs

Bundesland	Curettage			Vakuumaspiration			Uterusoperation [3])			Medikament. Abbruch		
	gynäk. Krankenhaus [1])	sonstiges Krankenhaus	gynäkologische Praxis	gynäk. Krankenhaus [1])	sonstiges Krankenhaus	gynäkologische Praxis	gynäk. Krankenhaus [1])	sonstiges Krankenhaus	gynäkologische Praxis	gynäk. Krankenhaus [1])	sonstiges Krankenhaus	gynäkologische Praxis
						1977						
Schleswig-Holstein	784	270	108	1 173	57	339	153	16	–	148	1	47
Hamburg	999	112	217	1 963	40	575	61	1	1	208	–	–
Niedersachsen	4 074	73	18	2 280	36	2	441	6	–	511	–	–
Bremen	322	32		382	20	4	14	–	–	113	–	1
Nordrhein-Westfalen	1 364	121	2 377	1 952	289	3 304	357	6	6	72	–	6
Hessen	3 236	446	30	1 156	2 148	653	286	4	2	527	–	–
Rheinland-Pfalz	389	1	–	119	–	–	51	–	–	21	–	–
Baden-Württemberg	2 508	29	135	4 645	718	46	150	4	–	133	–	–
Bayern	2 247	86	123	2 887	279	26	83	2	–	49	–	–
Saarland	231	–	–	95	–	–	56	–	–	12	–	–
Berlin (West)	2 495	611	2	627	199	49	27	18	2	258	1	–
zusammen	18 649	1 781	3 010	17 279	3 786	4 998	1 679	57	11	2 052	2	54
						1978						
Schleswig-Holstein	768	300	98	1 222	75	622	89	14	2	394	19	93
Hamburg	604	48	574	2 888	46	619	33	1	4	330	–	–
Niedersachsen	4 927	72	107	2 298	31	2	340	–	–	625	2	–
Bremen	400	29	50	429	–	331	17	–	–	169	–	–
Nordrhein-Westfalen	1 768	19	2 598	3 411	18	9 488	286	1	26	113	–	9
Hessen	3 863	745	31	1 715	4 135	1 214	271	2	7	643	2	–
Rheinland-Pfalz	607	2	1	275	–	1	51	1	–	15	–	–
Baden-Württemberg	2 314	26	456	6 795	880	114	128	3	–	131	6	–
Bayern	1 599	182	88	3 460	589	119	50	2	–	53	1	–
Saarland	369	–	–	131	–	–	28	–	–	9	–	–
Berlin (West)	2 829 [2])	447	19	757	181	110	20	7	–	581	2	–
zusammen	20 048	1 870	4 022	23 381	5 955	12 620	1 313	31	39	3 063	32	102

[1]) Kurzbezeichnung für „Fachkrankenhaus bzw. Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe".

[2]) Außerdem 99 Curettagen in sonstiger zugelassener Einrichtung.

[3]) Kurzbezeichnung für „Hysterotomie und Hysterektomie".

[8]) Auf die Berechnung von Prozentzahlen wurde verzichtet, da unterschiedliche Schwerpunkte und die verschiedenen Relationen am besten unmittelbar aus den absoluten Zahlen erkannt werden können.

Der medikamentöse Abbruch wird fast ausschließlich in gynäkologischen Fachkrankenhäusern vorgenommen, nur in Schleswig-Holstein auch bei niedergelassenen Gynäkologen. Auch die Uterusoperationen werden mit geringen Ausnahmen nur in gynäkologischen Fachkrankenhäusern vorgenommen.

Die Vakuumaspiration wird in Niedersachsen, Bremen (nur 1977), Rheinland-Pfalz und Saarland ganz überwiegend in gynäkologischen Häusern und Abteilungen vorgenommen; in Hessen, Baden-Württemberg und Bayern sind die sonstigen Krankenhäuser stark beteiligt, in Nordrhein-Westfalen liegt der Schwerpunkt bei den niedergelassenen Gynäkologen.

Die Durchführungsverteilung der Curettagen ist in mancher Hinsicht ähnlich: In Nordrhein-Westfalen liegt auch hierbei der Schwerpunkt (60 %) bei den niedergelassenen Gynäkologen, in Hamburg ist deren Anteil 1978 auf fast 50 % gestiegen. Sonst wird der weit überwiegende Teil der Curettagen in gynäkologischen Fachabteilungen durchgeführt.

7.2.4 Aufenthaltsdauer

Im Jahr 1977 wurden 21,3 % aller Abbrüche ambulant [9]) vorgenommen, 78,7 % stationär. 1978 stieg der Anteil der ambulanten Abbrüche auf 32,7 %. Dieser Trend setzt sich fort; im IV. Quartal 1978 waren es bereits 38,0 %, während zwei Jahre früher (IV/76) nur 9,0 % der Abbrüche mit der Dauer von 0 Tagen gemeldet wurden. Dieser Anstieg ist besonders bemerkenswert.

Bei den stationären Abbrüchen ist die Häufigkeitsverteilung der Aufenthaltsdauern in Tabelle 6 gesondert angegeben. Die ganz kurzen Dauern von ein bis drei Tagen haben deutlich zugenommen, alle längeren abgenommen.

Tabelle 4

Aufenthaltsdauer nach Abbrüchen 1977 und 1978 sowie im IV. Quartal 1976 und 1978

Aufenthaltsdauer	1977			1978			IV. Quartal 1977			IV. Quartal 1978		
	Anzahl	% aller Abbrüche	% der station. Abbrüche	Anzahl	% aller Abbrüche	% der station. Abbrüche	Anzahl	% aller Abbrüche	% der station. Abbrüche	Anzahl	% aller Abbrüche	% der station. Abbrüche
0 Tage	11 585	*21,3*	.	24 039	*32,7*	.	866	*9,0*	.	7 538	*38,0*	.
1 bis 3 Tage	11 383	*21,0*	*26,5*	16 187	*22,0*	*32,7*	1 716	*17,8*	*19,6*	4 144	*20,9*	*33,7*
4 bis 7 Tage	25 507	*47,0*	*59,7*	28 100	*38,2*	*56,8*	5 631	*58,4*	*64,2*	6 874	*34,7*	*55,9*
8 bis 14 Tage	4 651	*8,6*	*10,9*	4 247	*5,8*	*8,6*	1 126	*11,7*	*12,8*	1 029	*5,2*	*8,4*
15 bis 20 Tage	941	*1,7*	*2,2*	747	*1,0*	*1,5*	251	*2,6*	*2,9*	194	*1,0*	*1,6*
21 bis 28 Tage	211	*0,4*	*0,5*	198	*0,3*	*0,4*	39	*0,4*	*0,4*	43	*0,2*	*0,3*
29 und mehr Tage	31	*0,1*	*0,1*	30	*0,0*	*0,1*	9	*0,1*	*0,1*	7	*0,0*	*0,1*
insgesamt	54 309	*100*	.	73 548	*100*	.	9 638	*100*	.	19 829	*100*	.
darunter stationär	42 724	.	*100*	49 509	.	*100*	8 772	.	*100*	12 291	.	*100*

Bei den meisten Abbruchsmethoden liegt die durchschnittliche Verweildauer der stationär durchgeführten Abbrüche zwischen fünf und sechs Tagen; nur die Uterusoperationen haben eine Durchschnittsdauer von etwa 14 Tagen.

7.3 Medizinische Nebenwirkungen

Die Beendigung einer Schwangerschaft rechtzeitig am Geburtstermin oder vorzeitig durch operative oder medikamentöse Maßnahmen birgt bestimmte Risiken. Diese sind typisch für die angewandte Methode. Bei operativen Maßnahmen treten mögliche Komplikationen im engen zeitlichen Zusammenhang und vornehmlich an dem Organ auf, an dem der Eingriff durchgeführt wurde. Bei medikamentösen Maßnahmen zur Vorbereitung oder Durchführung des Abbruches sind die Nebenwirkungen allgemeiner Natur, auch manifestieren sie sich nicht am Eingriffsort. Die zur Schmerzausschaltung immer notwendigen Narkosen sind wiederum risikobelastet. Dies gilt für Allgemein- wie Regionalnarkosen. Zur Beurteilung der Komplikationsarten und -häufigkeiten ist die Information über die angewandten Methoden zum Abbruch unerläßlich.

Entsprechend den allgemeinen ärztlichen Erfahrungen werden beobachtete Komplikationen des Schwangerschaftsabbruches in sogenannte früh oder spät auftretende Nebenwirkungen des Abbruchsverfahrens eingeteilt. Von den sogenannten Frühkomplikationen werden jene als primär bezeichnet, die innerhalb von 24 Stunden nach dem erfolgten Schwangerschaftsabbruch auftreten, und sekundär alle Komplikationen charakterisiert, die in den darauffolgenden vier bis sechs Wochen auftreten. Spätkomplikationen im eigentlichen Sinne sind Störungen, die im Zusammenhang mit dem Eingriff noch keine Bedeutung haben und die Krankheitswert erst später erlangen. So kann beispielsweise die zur Behebung eines beim Abbruch auftretenden Blutverlustes infundierte Blutkonserve nach Wochen eine Leberstörung hervorrufen, die

[9]) Als ambulant werden alle mit 0 Tagen angegebenen Behandlungsdauern aufgefaßt. Da der abbrechende Arzt meldepflichtig ist, meldet er auch dann „0 Tage", wenn z. B. die Patientin schon am ersten Tag in ein Krankenhaus überwiesen oder in eine andere Abteilung verlegt wurde. Deshalb könnten die Zahlen mit 0 Tagen von den wirklich ambulanten Abbrüchen etwas abweichen.

schließlich in Jahren als späte Komplikation Krankheitswert erhält.

Spätkomplikationen, die zwar zeitlich verzögert, mittelbar mit dem Schwangerschaftsabbruch in einem Zusammenhang stehen, sind alle jene Störungen, die die Fruchtbarkeit oder den Verlauf nachfolgender Schwangerschaften betreffen können.

7.3.1 Primäre Frühkomplikationen

Zu den Frühkomplikationen, d. h. den Folgen unmittelbar im Anschluß an den Eingriff, gehören:

1. Probleme während des Eingriffs:
   - Cervixverletzungen durch die zu brüske Dilatation des Cervixkanals. Hier sind insbesondere zu befürchten Cervixrisse.
   - Uterusperforation. Diese entstehen meist bei Dilatation und Cürettage.
   - Bedrohliche Blutungen. Diese sind insbesondere zu befürchten bei fortgeschrittener Schwangerschaft, bei mangelnder Übung und Verletzung von Uterus und Cervix.
   - Schließlich können Plazentareste zurückverbleiben, die zu Dauerblutungen und Infektionen führen.
2. Somatische Folgen sofort nach der Interruptio:
   - Die Endometritis (Entzündung der Gebärmutterschleimhaut) durch Einschleppen von Keimen.
   - Die Salpingitis (Eileiterentzündung) als Ausdruck einer aszendierenden Infektion.
   - Die Pelveoperitonitis (Beckenbauchfellentzündung) nach Auftreten einer Salpingitis oder nach einer Uterusperforation.
   - Die Peritonitis (Bauchfellentzündung) als Ausdruck einer generalisierten Ausbreitung aszendierender Keime.
   - Die Parametritis (Entzündung des Beckenbindegewebes) bei Verletzung der Gebärmutter.
   - Die Sepsis (Blutvergiftung) als schwerste Form der uterinen Infektionen.
   - Die Thromb-Embolien (Thrombose mit nachfolgender Embolie an anderer Stelle, z. B. Lunge).

In der gesetzlich angeordneten Statistik über die legalen Abbrüche sollen auch die vom abbrechenden Arzt beobachteten Komplikationen gemeldet werden [10]. Die Statistik ist sicher unvollständig, doch läßt sie bestimmte Gliederungen und Zusammenhänge glaubwürdig erkennen. Die Angaben der Ärzte über die Komplikationen sind schon von der psychologischen Situation des Arztes her nicht unbedingt als vollständig zu erwarten, denn er soll ja Zwischenfälle bei seiner fachlichen Tätigkeit gewissermaßen amtlich melden. Nicht selten sind ja auch die Grenzen fließend, wann ein Heilungsverlauf aufhört „unkompliziert" zu sein und ab wann von „Komplikation" gesprochen werden muß. Es kommt hinzu, daß die Beobachtungsmöglichkeiten von Komplikationen von der Beobachtungsdauer, also von der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus bzw. von der unmittelbaren kurzfristigen Nachbeobachtung bei ambulant durchgeführtem Eingriff abhängt. Dieser Einfluß überlagert sich mit dem anderen Zusammenhang, daß Komplikationen zwangsläufig zur Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes führen.

7.3.1.1 Häufigkeit primärer Frühkomplikationen

Die Häufigkeit von primären Frühkomplikationen läßt sich nach Eingriffsarten unterschieden aus Tabelle 5 entnehmen.

1977 wurden bei 3,95 % der Abbrüche Komplikationen gemeldet, 1978 waren es 2,99 %. Diese Ziffer ist nur der generelle Anhaltspunkt; besondere Bedeutung hat der Vergleich der Komplikationsziffern bei den verschiedenen Abbruchsarten, vor allem auch unter Berücksichtigung der bisherigen Dauer der Schwangerschaft.

Tabelle 5 zeigt für 1977 die niedrigste Komplikationsziffer (3,09 %) bei den Vakuumaspirationen [11], es folgt die Curettage mit 4,17 %. Der medikamentöse Abbruch hat 6,40 %; die höchste Ziffer liegt bei den Hysterektomien mit 15,26 %. Die Methode wird jedoch nur bei speziellen Indikationen angewandt, wobei auch die Risikoabwägung stets eine Rolle spielen muß. 1978 liegen die Ziffern allgemein und bei den ersten Eingriffsarten auch um etwa ein Viertel niedriger; die Reihenfolge der anderen Eingriffe bleibt.

---

[10] In Kapitel 3 ist über diese Statistik allgemein berichtet worden, in Kapitel 7.2 wurde eine Übersicht über die beim Abbruch verwandten Verfahren gegeben.

[11] Der niedrige Wert der Komplikationsziffer bei der Vakuumaspiration könnte möglicherweise zu einem Teil meldetechnisch dadurch bedingt sein, daß bei dieser Methode besonders viele Eingriffe ambulant durchgeführt werden (Kapitel 7.2, Tabelle 3), so daß Komplikationen, die nach dem Eingriffstag auftreten, nicht beobachtet und gemeldet werden.

Tabelle 5

Gemeldete Komplikationen bei legalen Schwangerschaftsabbrüchen 1977/78 und Art des Eingriffs

Eingriff	Abbrüche				
	Anzahl	ohne Komplikation		mit Komplikation	
		Anzahl	%	Anzahl	%
	1977				
Curettage	23 502	22 522	*95,8*	980	*4,2*
Vakuumaspiration	26 112	25 305	*96,9*	807	*3,1*
Vag. Hysterotomie	417	390	*93,5*	27	*6,5*
Abdom. Hysterotomie	545	501	*91,9*	44	*8,1*
Hysterektomie	793	672	*84,7*	121	*15,3*
Medikamentöser Abbruch	2 108	1 973	*93,6*	135	*6,4*
insgesamt²)	54 309	52 165	*96,05*	2 144	*3,95*
	1978				
Curettage	26 042	25 150	*96,6*	892	*3,4*
Vakuumaspiration	41 961	40 978	*97,7*	983	*2,3*
Vag. Hysterotomie	336	313	*93,2*	23	*6,8*
Abdom. Hysterotomie	379	343	*90,5*	36	*9,5*
Hysterektomie	668	597	*89,4*	71	*10,6*
Medikamentöser Abbruch	3 198	3 024	*94,6*	174	*5,4*
insgesamt	73 548	71 349	*97,01*	2 199	*2,99*

¹) Mehrfachzählungen.
²) Einschließlich unbekannte Eingriffsart.

Komplikationen											
Verletzungen		Blutungen		Entzündungen		Thrombosen		Narkose-zwischenfälle		Tod	
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
					1977						
167	*0,7*	531	*2,3*	407	*1,7*	20	*0,1*	9	*0,0*	2	*0,009*
121	*0,5*	447	*1,7*	348	*1,3*	21	*0,1*	5	*0,0*	2	*0,008*
7	*1,7*	10	*2,4*	17	*4,1*	1	*0,2*	–	–	–	–
19	*3,5*	18	*3,3*	14	*2,6*	1	*0,2*	1	*0,2*	1	*0,183*
21	*2,7*	55	*6,9*	79	*9,9*	2	*0,3*	1	*0,1*	3	*0,378*
14	*0,7*	66	*3,1*	62	*2,4*	6	*0,3*	2	*0,1*	–	–
355	*0,65*	1 142	*2,10*	938	*1,73*	51	*0,09*	18	*0,03*	8	*0,015*
					1978						
140	*0,5*	450	*1,7*	437	*1,7*	18	*0,1*	5	*0,0*	1	*0,004*
141	*0,4*	486	*1,2*	476	*1,1*	18	*0,0*	5	*0,0*	–	–
5	*1,5*	10	*3,0*	10	*3,0*	1	*0,3*	–	–	–	–
14	*3,7*	18	*4,7*	11	*2,9*	1	*0,3*	–	–	–	–
13	*1,9*	42	*6,3*	39	*5,8*	2	*0,3*	–	–	–	–
13	*0,4*	66	*2,1*	120	*3,8*	3	*0,1*	1	*0,0*	–	–
328	*0,45*	1 081	*1,47*	1 102	*1,50*	43	*0,06*	11	*0,01*	1	*0,001*

Blutungen waren 1977 die häufigsten Komplikationen (2,1 %); es folgten Entzündungen mit 1,7 %. 1978 sind beide Komplikationsarten mit 1,5 % gleich häufig. Verletzungen treten in 0,65 % (0,45 %) auf. Anästhesie-Zwischenfälle waren sehr selten. Die Unterschiede der Komplikationsarten nach den Eingriffsarten sind der Tabelle zu entnehmen.

7.3.1.2 Mortalität

1977 wurden bei 54 309 gemeldeten Abbrüchen acht Todesfälle mitgeteilt; relativ ausgedrückt 15 auf 100 000. 1978 war es ein Todesfall; im Durchschnitt beider Jahre somit sieben auf 100 000. Die Vollständigkeit der Angaben ist nicht überprüfbar.

Als Todesursachen waren im einzelnen angegeben [12]):

Tabelle 6

Todesursachen

Jahr	Alter	Schwang.-Woche	Eingriffsart	Komplikationen
1977	39	10	Vakuumaspiration	Ovarialtumorexzision, Sterilisatio per laparoscopion, Lipomatosis cordis, Rechtsherzversagen
1977	35	11	Vakuumaspiration	Verblutung
1977	41	11	Curettage	Sterilisation, Darmperforation
1977	33	21	Hysterektomie Prostaglandin	Fieber, Schocklunge
1977	37	7	Hysterektomie	Lungenoedem, therapieresistente Hypotonie
1977	16	12	Curettage	unbekannte akute Virusmyocarditis
1977	24	17	Abdom. Hysterotomie	Parametritis, diffuse Peritonitis, Sepsis, Urämie
1978	36	12	Curettage	Cervixriß, Uterusperforation, Verblutung

Es ist deutlich, daß in einigen Fällen die Todesursache nicht die Folge des Abbruchs ist. Andererseits ist zu vermuten, daß ohne die Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs und der dazu notwendigen Narkose der Tod der Patientin nicht eingetreten wäre. Allein fünf dieser Todesfälle traten im Alter von 35 und mehr Jahren auf.

7.3.1.3 Vergleich mit Müttersterblichkeit

Ein unmittelbarer Vergleich mit den 198 Müttertodesfällen 1977 in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei 586 138 Geburten (34 auf 100 000) ist problematisch und müßte wegen der völlig andersartigen Expositions- und Risikolage sowie der unterschiedlichen Berechnungsweisen speziell modifiziert werden.

Eine genaue Aufgliederung der 198 Müttertodesfälle nach Todesursachen ist in der folgenden Aufstellung enthalten.

[12]) Über einen Todesfall nach Hysterektomie waren keine näheren Angaben zu erhalten.

Tabelle 7

Müttertodesfälle

Todesursachen		Alter			zusammen
ICD-Nummern	Bezeichnung	bis 24 Jahre	25 bis 34 Jahre	35 und mehr Jahre	
630-634	Komplikationen in der Schwangerschaft	7	10	5	22
635-639	Infektion der Harnorgane und Toxikosen in der Schwangerschaft	12	20	4	36
640-641	Schwangerschaftsunterbrechung aus gesetzlicher Indikation	—	2	—	2
642	Schwangerschaftsunterbrechung aus sonstigen Gründen	1	1	—	2
643-645	Sonstige Arten der Fehlgeburten	2	5	6	13
651-662	Entbindungskomplikationen	15	38	26	79
670-678	Komplikationen im Wochenbett	14	19	11	44
		51	95	52	198
Lebend- und Totgeborene 1977		218 411	310 834	56 893	586 138
Müttertodesfälle auf 100 000 Geborene		23,4	30,6	91,4	33,8

Auch bei der Müttersterblichkeit ist die Zuordnung der Todesfälle zu den Todesursachengruppen schwierig, weil die Frauen oft auch andere Krankheiten haben. Ein gedankliches Vergleichsmodell müßte die Todesfälle nach einem Abbruch denjenigen Todesfällen gegenüberstellen, die im weiteren Verlauf der Schwangerschaft, nach dem ersten Vierteljahr sowie bei Entbindung und im Wochenbett eintreten. Von den obigen Zahlen müßten die Todesfälle nach Fehlgeburten, einschließlich Abbrüchen, sowie ein Teil (z. B. die Hälfte) der anderen Todesfälle in der Schwangerschaft abgezogen werden. Es verbleiben etwa 39 Todesfälle bis 24 Jahre, 72 bei 25- bis 34jährigen und 41 darüber. Die Bezugszahl der zugrundeliegenden Schwangerschaften ist nicht bekannt; sie ist sicher höher als die Zahl der Geborenen. Bezieht man – mangels besserer Zahlen – auf diese, so ergibt sich eine Müttersterblichkeitsschätzung ab 4. Monat von etwa 18 für die erste Altersklasse, für die mittlere Altersklasse von 23 und für die Älteren von 72, insgesamt 26 auf 100 000. Rechnet man diese Müttersterblichkeitsziffern auf die Altersgliederung der abbrechenden Frauen (mit relativ mehr älteren) um, so wäre deren Müttersterblichkeitserwartung 35 auf 100 000 nach der Todesursachenstatistik von 1977, während die Abbruchssterblichkeit etwa sieben auf 100 000 betrug. Wenn sich auch ein deutlicher Unterschied zeigt, so ist doch ein Vergleich der Sterbeziffern, wie die dargestellten Details zeigen, sehr unzuverlässig.

7.3.1.4 Art des Eingriffs und Dauer der Schwangerschaft

Die Komplikationshäufigkeit steigt deutlich mit der **Dauer der Schwangerschaft;** während sie bei Abbrüchen bis zur 8. Woche nur 2,75 beträgt, steigt sie in der 9. bis 10. Woche auf 3,96 %, in der 11. und 12. auf 5,98 % und jenseits der 12. Woche auf 10,66 %. Da aber die Abbruchsmethoden auch nach der Dauer wechseln und ihrerseits wiederum unterschiedliche Komplikationsziffern haben, kann erst eine differenzierte Übersicht (Tabelle 8) Klarheit geben. Diese Differenzierung dürfte einigermaßen einwandfreie Ergebnisse liefern, denn trotz der vermuteten Unvollständigkeit der Angaben ist nicht anzunehmen, daß gerade für bestimmte Schwangerschaftsdauern oder bestimmte Operationsarten die Lücken größer sind als für andere Fälle.

Tabelle 8

Gemeldete Komplikationen bei legalen Schwangerschaftsabbrüchen 1977 nach Art des Eingriffs und Dauer der Schwangerschaft

	Abbrüche			Komplikationen*)												Tod	
	Anzahl	Ohne Komplikation		mit Komplikation		Verletzungen		Blutungen		Entzündungen		Thrombosen		Narkosezwischenfälle			
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
a) Schwangerschaftsdauer bis 8 Wochen																	
Curettage	10 501	10 165	96,8	336	3,2	51	0,5	156	1,5	165	1,6	7	0,1	2	0,0	–	–
Vakuumaspiration	11 041	10 805	97,9	236	2,1	41	0,4	121	1,1	111	1,0	7	0,1	2	0,0	–	–
Vag. Hysterotomie	136	128	94,1	8	5,9	3	2,2	2	1,5	2	1,5	1	0,7	–	–	–	–
Abdom. Hysterotomie	151	145	96,0	6	4,0	2	1,3	3	2,0	2	1,3	–	–	–	–	–	–
Hysterektomie	219	197	90,0	22	10,0	4	1,8	5	2,3	17	7,8	–	–	1	0,5	1	0,5
Medik. Abbruch	357	344	96,4	13	3,6	–	–	5	1,4	8	2,2	1	0,3	–	–	–	–
Insgesamt**)	22 738	22 112	97,29	626	2,75	102	0,4	294	1,3	307	1,4	16	0,1	5	–	1	0,0
b) Schwangerschaftsdauer 9 bis 10 Wochen																	
Curettage	7 855	7 529	95,8	326	4,2	60	0,8	173	2,2	131	1,7	7	0,1	3	0,0	–	–
Vakuumaspiration	9 132	8 843	96,8	289	3,2	43	0,5	138	1,5	136	1,5	6	0,1	3	0,0	2	0,02
Vag. Hysterotomie	149	138	92,6	11	7,4	1	0,7	6	4,0	11	7,4	–	–	–	–	–	–
Abdom. Hysterotomie	127	110	86,6	17	13,4	8	6,3	5	3,9	3	2,4	1	0,8	–	–	–	–
Hysterektomie	306	261	85,3	45	14,7	9	2,9	16	5,2	32	10,4	2	0,7	–	–	–	–
Medik. Abbruch	639	603	94,4	36	5,6	5	0,8	16	2,5	17	2,7	1	0,2	–	–	–	–
Insgesamt**)	18 472	17 740	96,04	732	3,96	128	0,7	357	1,9	333	1,8	17	0,1	6	–	2	0,01
c) Schwangerschaftsdauer 11 bis 12 Wochen																	
Curettage	3 367	3 348	93,5	219	6,5	32	1,0	137	4,1	81	2,4	4	0,1	3	0,1	2	0,06
Vakuumaspiration	4 251	4 051	95,3	200	4,7	28	0,7	127	3,0	68	1,6	7	0,2	–	–	–	–
Vag. Hysterotomie	78	74	94,9	4	5,1	3	3,8	–	–	1	1,3	–	–	–	–	–	–
Abdom. Hysterotomie	102	96	94,1	6	5,9	2	2,0	1	1,0	3	3,0	–	–	–	–	–	–
Hysterektomie	178	139	78,1	59	21,9	5	2,8	25	14,0	25	14,0	–	–	–	–	1	0,6
Medik. Abbruch	555	515	92,8	40	7,2	5	0,9	20	3,6	17	3,1	1	0,2	1	0,2	–	–
Insgesamt**)	8 645	8 128	94,02	517	5,98	76	0,9	315	3,6	198	2,3	12	0,1	4	–	3	0,03
d) Schwangerschaftsdauer 13 Wochen und darüber																	
Curettage	364	315	86,5	49	13,5	9	2,5	39	0,7	18	4,9	–	–	–	–	–	–
Vakuumaspiration	315	286	90,8	29	9,2	4	1,3	25	7,9	8	7,5	–	–	–	–	–	–
Vag. Hysterotomie	29	25	86,2	4	13,8	–	–	2	6,9	3	10,3	–	–	–	–	–	–
Abdom. Hysterotomie	115	104	90,4	11	9,6	4	3,5	6	5,2	6	5,2	–	–	1	0,9	1	0,9
Hysterektomie	54	44	81,5	10	18,5	1	1,9	6	11,1	5	9,3	–	–	–	–	1	1,9
Medik. Abbruch	448	408	91,1	50	8,9	2	0,4	24	5,4	16	3,6	3	0,7	1	0,2	–	–
Insgesamt	1 360	1 215	89,34	145	10,66	20	1,5	104	7,6	56	4,1	3	0,2	2	0,1	2	0,15

*) Mehrfachzählungen möglich.
**) Einschließlich unbekannte Eingriffsart.

Die kombinierte Gliederung der Komplikationshäufigkeiten nach der vorangegangenen Dauer der Schwangerschaft und nach den Methoden des Abbruchs ist in Tabelle 2 wiedergegeben. Bei jeder Abbruchsmethode steigt die Komplikationsziffer mit der Dauer der Schwangerschaft an – eine äußerst eindrucksvolle Mahnung, Abbrüche möglichst frühzeitig durchzuführen. Dieser Anstieg findet sich auch im Detail fast bei jeder Komplikationsart, sofern die Beobachtungszahlen nicht zu klein und daher stark zufallsbestimmt [13]) sind. Optimale Situation liegt bei Abbrüchen in der 7. und 8. Woche vor. Die Zunahme der Komplikationsziffern erfolgt geradezu sprunghaft von der 12. Woche ab. Im einzelnen sind die Ziffern:

Anteil der Abbrüche mit Komplikationen:

bis 6. Woche	3,5 %
bis 7. Woche	2,4 %
bis 8. Woche	2,7 %
bis 9. Woche	3,6 %
bis 10. Woche	4,3 %
bis 11. Woche	5,0 %
bis 12. Woche	7,2 %
bis 13. Woche	8,3 %
bis 14. Woche	9,4 %
bis 15. Woche und später	12,8 %

Die Komplikationsziffer ist nur wenig von der Zahl der vorangegangenen Schwangerschaften abhängig.

7.3.1.5 Verteilung nach Bundesländern

In den Bundesländern schwanken die Komplikationshäufigkeiten stark, wie der Tabelle 9 entnommen werden kann.

Tabelle 9

Gemeldete Abbrüche mit Komplikationen nach Bundesländern

Bundesländer	Komplikationen					
	bei allen Abbrüchen		bei Curettagen		bei Vakuumaspiration	
	1977	1978	1977	1978	1977	1978
Schleswig-Holstein	4,6	4,2	5,0	4,5	2,5	2,7
Hamburg	4,9	3,4	5,9	4,3	4,2	2,9
Niedersachsen	4,5	4,0	4,3	4,0	4,4	4,4
Bremen	6,0	3,7	7,9	2,1	5,4	3,8
Nordrhein-Westfalen	3,6	2,5	3,1	3,8	2,9	1,7
Hessen	2,4	1,3	2,7	1,4	1,5	1,3
Rheinland-Pfalz	4,6	4,7	4,9	5,7	2,5	3,3
Baden-Württemberg	3,3	2,9	3,9	4,3	4,3	2,2
Bayern	5,2	4,3	6,5	1,8	3,8	5,4
Saarland	7,0	3,9	7,4	3,8	5,3	3,8
Berlin (West)	4,1	3,9	3,7	4,1	4,7	2,4
Bund	3,9	3,0	4,2	3,4	3,1	2,3

Der Rückgang der Komplikationen von 1977 auf 1978 findet sich in fast allen Ländern. Bei den vorwiegenden Eingriffsarten ist das Bild weniger einheitlich; immerhin sind die Komplikationsquoten bei der Curettage in sieben Ländern gefallen, ebenso bei der Vakuumaspiration. Die Ziffern betrugen 1978 mehrfach nur die Hälfte der Vorjahreswerte. Es ist jedoch möglich, daß die besonders niedrigen Quoten in Nordrhein-Westfalen und in Hessen zum Teil durch den dort besonders hohen Anteil von ambulant vorgenommenen Abbrüchen bedingt sind, weil dabei auch primäre Frühkomplikationen, die nicht gleich in den ersten Stunden auftreten, der Erfassung entgehen und dadurch zu sekundären Frühkomplikationen werden, die erst bei einer Neuaufnahme in einem Krankenhaus behandelt werden.

Die relative Abnahme der Komplikationen von 1977 auf 1978 dürfte auch durch die größere Erfahrung der Ärzte mit diesen Eingriffen bedingt sein.

7.3.1.6 Aufenthaltsdauer

Die Komplikationsmeldungen sind mit der Aufenthaltsdauer beim Abbruch in doppelter Hinsicht verbunden: Je länger die Beobachtungsdauer ist, um so mehr Komplikationen, auch später eintretende, können beobachtet und erfaßt werden. Andererseits zwingt auch eine Komplikation zu längerer Behandlungsdauer. In der Statistik müssen also die Komplikationsquoten mit längeren Verweilzeiten steigen und sollten bei gleichartigen Eingriffen bei Dauern von etwa drei Wochen bei 100 % erwartet werden. Dies ist

[13]) Bei sehr kleinen Beobachtungszahlen sollte man wegen der Möglichkeit zufälliger Schwankungen an folgendes denken:
statt 0 könnte auch 1 oder 2 stehen,
statt 1 könnte auch 0, 2, 3,
statt 2 könnte auch 0, 1, 3, 4,
statt 3 könnte auch 1, 2, 4, 5 usw. stehen.

jedoch nicht der Fall. Im Bundesdurchschnitt steigt die Komplikationsquote von 1,8 % bei 0 Tagen und 1,4 % bei einem Aufenthaltstag auf 15,6 % bei acht bis 14 Tagen und 31,8 % bei mehr als 21 Tagen. Man muß prüfen, ob in dieser letzteren Gruppe die lange Verweildauer vielleicht auf andere als ärztlich zu verstehende Gründe zurückzuführen ist [14]).

Der hohe Prozentsatz komplikationsfreier Abbrüche bei langer Liegedauer klärt sich zum Teil durch die Zahl der Uterusoperationen auf, die bei einer Komplikationsziffer von 10 % lange Liegezeiten haben.

[14]) S. dazu auch Kapitel 10.1.

Tabelle 10

Abbrüche nach Komplikationen und Aufenthaltsdauer 1977

	Aufenthaltsdauer (Tage)							
	0 Abbr. Kompl.		1 bis 3 Abbr. Kompl.		4 bis 7 Abbr. Kompl.		8 bis 14 Abbr. Kompl.	
	insgesamt	%	insgesamt	%	insgesamt	%	insgesamt	%
Schleswig-Holstein	670	*2,2*	630	*1,2*	1 362	*3,7*	322	*14,9*
Hamburg	903	*2,8*	851	*2,1*	2 269	*4,8*	172	*20,9*
Niedersachsen	617	*1,1*	1 101	*1,1*	4 317	*2,0*	1 233	*14,4*
Bremen	23	–	219	*0,5*	550	*4,4*	100	*26,0*
Nordrhein-Westfalen	5 997	*2,2*	1 029	*0,9*	2 036	*2,8*	683	*12,4*
Hessen	2 090	*0,5*	2 542	*0,8*	3 323	*2,7*	467	*13,3*
Rheinland-Pfalz	5	–	60	–	387	*2,8*	120	*10,8*
Baden-Württemberg	623	*1,4*	2 407	*0,8*	4 597	*2,7*	726	*12,8*
Bayern	450	*1,6*	1 713	*2,3*	3 169	*4,7*	482	*19,7*
Saarland	12	–	105	*1,9*	152	*6,6*	86	*15,1*
Berlin (West)	195	*2,6*	676	*1,9*	3 345	*2,3*	260	*29,2*
zusammen	11 585	*1,8*	11 383	*1,2*	25 507	*3,1*	4 651	*15,6*

Tabelle 10

15 bis 20 Abbr. Kompl. insgesamt	15 bis 20 Abbr. Kompl. %	21 und mehr Abbr. Kompl. insgesamt	21 und mehr Abbr. Kompl. %	zusammen Abbr. Kompl. insgesamt	zusammen Abbr. Kompl. %	Aufenthaltsdauer über 14 Tage: Abbrüche	Aufenthaltsdauer über 14 Tage: mit Kompl.	Aufenthaltsdauer über 14 Tage: Uterus-Operationen
77	*19,5*	12	*66,7*	3 123	*4,6*	89	23	67
26	*65,4*	3	*66,7*	4 224	*4,9*	29	19	10
256	*18,0*	57	*15,8*	7 581	*4,5*	313	55	211
8	*37,5*	–	–	900	*6,0*	8	3	4
201	*23,9*	71	*43,7*	10 017	*3,6*	272	79	204
102	*13,7*	35	*28,6*	8 559	*2,4*	137	24	84
14	*21,4*	1	–	587	*4,6*	15	3	10
136	*20,6*	28	*25,0*	8 517	*3,3*	164	35	83
58	*20,7*	17	*29,4*	5 889	*5,2*	75	17	31
38	*7,9*	8	–	401	*7,0*	46	3	30
25	*40,0*	10	*50,0*	4 511	*4,1*	35	15	13
941	*21,1*	242	*31,5*	54 309	*3,9*	10 183	276	747

Tabelle 10 zeigt die Unterschiede der Komplikationsziffern nach Aufenthaltsdauern für die Bundesländer. Rechts ist der Tabelle noch die Zahl der Uterusoperationen mit mehr als zwei Wochen Liegezeit angegeben. Die Zahl und die Komplikationszahl, die sich allerdings zu einem Teil überschneiden, ergeben in den meisten Ländern etwa die Zahl der langdauernden Abbrüche; in einigen Ländern bestehen jedoch Unklarheiten.

7.3.2 Sekundäre Frühkomplikationen

Während primäre Frühkomplikationen, die unmittelbar nach dem Eingriff oder in den ersten Tagen danach auftreten, bei der statistischen Meldung des Eingriffs mitgeteilt werden, entgehen Komplikationen nach der Entlassung der Patientin der statistischen Erfassung. Um Aufschluß über Art und Häufigkeit sekundärer Frühkomplikationen des legalen Schwangerschaftsabbruchs zu erlangen, die eine sekundär-klinische Behandlung notwendig machen, hat die Kommission eine Untersuchung veranlaßt [15]).

Die aus dieser Umfrage durch Hochrechnung geschätzten Gesamtzahlen für klinisch behandelte sekundäre Frühkomplikationen liegen zwischen insgesamt 3000 und 8000 im Jahr, ohne daß man eine bestimmte Zahl als wahrscheinliches Ergebnis benennen kann. Auch die zugehörige Bezugszahl der durchgeführten Abbrüche ist unsicher; es sind in der Bundesrepublik allein mindestens 55 000 im Erhebungsjahr. Dazu kommt eine ebenso große Zahl von Abbrüchen im Ausland, deren Komplikationen auch in deutschen Kliniken behandelt werden. Somit liegen die sekundären Frühkomplikationen vermutlich in etwa derselben Größenordnung wie die in der amtlichen Statistik erfaßten primären Frühkomplikationen (4 %).

Während die Schätzung des relativen Anteils sekundärer Frühkomplikationen unsicher ist, sind andere Ergebnisse, die sich nur auf die Angaben über die 258 einzelnen berichteten Komplikationen [16]) stützen, sicherer. Es handelt sich um

Blutungen / Anämie	in 17 %
Plazentareste	in 20 %
Verletzungen	in 15 %
lokale Entzündungen	in 40 %
ausgebreitete Entzündungen	in 5 %
Thrombosen / Embolien	in 3 %

Unterschiede nach dem Alter der Schwangeren und nach dem Gestationsalter fanden sich nicht. Soweit die Methode des Abbruchs angegeben werden konnte, fanden sich keine Unterschiede zwischen Saugabrasio und Curettage. Wenn ein illegaler Abbruch angegeben wurde (12 Fälle = 5 %), waren lokale Entzündungen gehäuft (9); bei Abbruch im Ausland (21 Fälle = 8 %) waren Plazentareste gehäuft (9), wobei allerdings die kleinen Zahlen diese Aussagen unsicher machen.

Eine Nachcurettage war besonders oft bei illegalen und bei im Ausland durchgeführten Abbrüchen erforderlich; dabei war stets eine Saugabrasio vorausgegangen.

Die Abhängigkeit der Komplikationen von der Schwangerschaftsdauer zur Zeit des Abbruchs wird daran deutlich, daß die Häufkgkeit der Komplikationen stark mit der Dauer der Schwangerschaft steigt.

Tabelle 11

Bisherige Dauer der Schwangerschaft	sekundäre Frühkomplikationen auf je 100 erfaßte Komplikationen (N = 258)	primäre Frühkomplikationen bei legalen Abbrüchen nach der Bundesstatistik	legale Abbrüche nach der Bundesstatistik
bis zur 9. Woche	37,3 %	46,3 %	61,8 %
10. bis 12. Woche	46,1 %	45,8 %	35,5 %
13. Woche und später	16,6 %	7,9 %	2,7 %
	100	100	100

[15]) Nach den methodischen Grundsätzen einer geschichteten Zufallsstichprobe wurde eine Stichprobe von geburtshilflich-gynäkologischen Kliniken, bzw. Abteilungen gezogen, wobei sich die Auswahl über das ganze Bundesgebiet und alle Arten der Trägerschaft erstreckte. Es waren 145 Kliniken (bzw. Fachabteilungen) ausgewählt worden, denen die Zielsetzung des Projektes mitgeteilt, sowie eine Reihe von Erhebungsbögen für die einzelnen Behandlungsfälle zugesandt wurden. Trotz der ausschließlich ärztlich-sachlichen Zielsetzung beteiligte sich nur etwa die Hälfte der ausgewählten Kliniken. Die Meldungen konzentrieren sich in einigen Kliniken so stark, daß die zufallsmäßig zu erwartenden Schwankungen weit überschritten wurden. Auch sind Wiederholungen von schon in der amtlichen Statistik gemeldeten Komplikationen nicht auszuschließen. Dadurch ist ein erheblicher Unsicherheitsgrad in den Ergebnissen bedingt.

[16]) Fünf Fälle, in denen das Weiterbestehen der Schwangerschaft bis zur Geburt eines Kindes als Komplikation eines Abbruchs mitgeteilt wurde, sind in der Aufstellung nicht enthalten.

Während von 100 legalen Abbrüchen 2,7 % jenseits der 12. Woche erfolgten, ereigneten sich von 100 primären Frühkomplikationen nach der Bundesstatistik 7,9 % bei Abbrüchen nach der 12. Woche. Von 100 sekundären Frühkomplikationen, die in der Sondererhebung erfaßt wurden, waren sogar 16,6 % bei Abbrüchen nach der 12. Woche eingetreten. Bei Abbrüchen vor der 10. Woche ist die Folge der Prozentzahlen umgekehrt: 61,8 % bei den Abbrüchen, 46,3 % bei den primären und nur 37,3 % bei den sekundären Frühkomplikationen. Dies veranschaulicht sehr klar die steigende Gefährdung durch sekundäre Frühkomplikationen bei Abbrüchen nach längerer Schwangerschaftsdauer.

Wie schwierig die Erfassung dieser sekundären Spätkomplikationen auch bei einer laufenden Berichterstattung der Ärzte wäre, zeigt die Tatsache, daß Frauen, die mit solchen Komplikationen einen Arzt aufsuchten, dies in mehr als 50 % erst nach mehr als sieben Tagen getan haben (Maximum 99 Tage nach Abbruch).

7.3.3 Spätkomplikationen

Als Folge von Schwangerschaftsabbrüchen können Spätkomplikationen auftreten, die erst bei Nachuntersuchungen oder bei Beschwerden festgestellt werden. Zu ihnen gehören:

- Sterilität
- Unterleibsentzündungen (Salpingitis)
- Entzündung des Beckenbindegewebes (Parametritis)
- verlängerte Regelblutungen (Menorrhagien und Metrorrhagien durch Endometritis).

Zu den Spätkomplikationen, die sich erst bei einer erneuten Schwangerschaft oder unter der Geburt zeigen, gehören:

- ektopische Schwangerschaften
- narbige Veränderungen am Gebärmutterhals, die die Dehnbarkeit beeinträchtigen
- Bestrebungen zu Fehl- oder Frühgeburten
- Placenta praevia, d. h. falscher Sitz der Placenta
- verlängerte Geburtsdauer
- Nachgeburtsstörungen wie Atonie oder Unvollständigkeit der Placenta
- untergewichtige (dystrophe) Kinder als Folge einer Placentainsuffizienz (Low birth weight babies).

7.3.3.1 Sterilität

Die Sterilität, d. h. Unfruchtbarkeit, bezeichnet einen Zustand ungewollter Kinderlosigkeit, der beim männlichen oder beim weiblichen Partner vorliegen kann. Unter sekundärer Sterilität ist die ungewollte Unfruchtbarkeit zu verstehen, die bei der Frau im zeitlich engeren oder weiteren Anschluß an eine Schwangerschaft bemerkt wird.

Es ist empirisch äußerst schwierig, die Entwicklung einer sekundären Unfruchtbarkeit auf ein bestimmtes vorausgegangenes Krankheitsereignis bzw. einen Schwangerschaftsabbruch zurückzuführen.

Eine statistische Aufbereitung verschiedener Untersuchungen [17]) ergab eine Beziehung zwischen sekundärer Sterilität und vorausgeangenem Schwangerschaftsabbruch, der durch Nebenwirkungen in der Form entzündlicher Folgeerkrankungen kompliziert wurde.

7.3.3.2 Bauchhöhlenschwangerschaft

Eine ektopische Schwangerschaft, im allgemeinen Sprachgebrauch Bauchhöhlenschwangerschaft, kommt durch Einnistung des befruchteten Eies an anderer Stelle, als in der dafür vorgesehenen Gebärmutterkörperschleimhaut zustande. Am häufisten ist in diesem Fall die Ansiedlung im Eileiter, die durch Bedingungen verursacht ist, die den Transport des im Eileiter befruchteten Eies verhindern oder verlangsamen; in erster Linie sind dies Eileiterentzündungen. Im Ursachenspektrum einer Eileiterentzündung nimmt die Infektion mit Gonokokken einen besonderen Platz ein, seltener sind Infektionen nach Geburt oder Fehlgeburt. Zuverlässige statistische Angaben über die Häufkgkeit entzündlicher Tubenerkrankungen nach der Geburt fehlen. Im internationalen Schrifttum sind nur wenige Studien zu finden, die angelegt wurden, um den Beweis zu erbringen, daß Infektionen nach Schwangerschaftsabbrüchen eine spätere Eileiterschwangerschaft begünstigen. Verschiedene Fallstudien mit vergleichbarer Krankheitsvorgeschichte haben sowohl zur Aussage einer Beziehung veranlaßt, wie auch eine solche vermissen lassen.

7.3.3.3 Störungen in den letzten Wochen der nachfolgenden Schwangerschaft

Eine mögliche Spätkomplikation der vorzeitigen Schwangerschaftsbeendigung durch Abbruchoperation wird in Störungen gesehen, die in den letzten Wochen einer nachfolgenden späteren Schwangerschaft auftreten können. Hier handelt es sich um den fehlerhaften Sitz der Nachgeburt in den Geburtswegen (Placenta praevia partialis oder totalis) oder in der vorzeitigen Lösung der regelrecht sitzenden Plazenta wie auch im frühzeitigen Fruchtblasensprung. Es ist schwierig, diese Störungen als Komplikationen eines voraufgegangenen Schwangerschaftsabbruches zu identifizieren, da die Definition dieser Komplikationen von den berichteten geburtshilflichen Kliniken im Schrifttum nicht eindeutig erfolgt. In einigen Untersuchungen [18]) wird berichtet, daß Frauen mit voraufgegangenem Schwangerschaftsabbruch häufiger Blutungen in den letzten Schwangerschaftswochen, verlängerte Plazentaperioden (das ist der Zeitraum der Ausstoßung der Nachgeburt im Anschluß an die Geburt des Kindes), sowie unvollständige Plazenten und größere Blutverluste bei der Geburt hatten.

7.3.3.4 Untergewichtigkeit des Kindes

Der Begriff der **Frühgeburt,** wie er nach einer Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation auch in der Bundesrepublik Deutschland verwandt wird, geht vom Geburtsgewicht aus. Alle mit einem Geburtsgewicht von 2500 g und darunter geborene Kinder werden als Frühgeburt registriert. Ein untergewichtiges Kind kann jedoch nach regelgerecht langer Schwangerschaftsdauer reif geboren werden, dagegen können auch Frühgeborene ein Geburtsgewicht aufweisen, das der regulären Schwangerschaftsdauer entspräche. Es wäre

[17]) Eingeschlossen sind Untersuchungen aus Schweden, USA und Griechenland, nach Berichten von Trichopoulos et. al., Br. J. Obstet. Gynecol. 83, 1976.

[18]) Z. Bognar und A. Czeizel: Am. J. Public Health 66, 1976 Lembrych, V. S. Zentralbl. Gynäkologie 94, 1972.

daher sinnvoller [19]), die Bezeichnung „Frühgeburt" auf die Tragzeit und nicht auf ein Reifemerkmal anzuwenden. Der Beginn der Schwangerschaft kann jedoch zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht zuverlässig ermittelt werden, so daß es zu einem gegebenen Zeitpunkt nicht möglich ist, zuverlässig die bisherige Dauer der Schwangerschaft zu bestimmen. Aufgrund der genannten Schwierigkeiten sind so die Angaben über die Häufigkeit von Frühgeburten nicht einheitlich [20]), und auch die Ursache der Frühgeburt läßt sich nicht immer klären. Sozio-ökonomische Bedingungen, so wie die Intensität der Schwangerschaftsbetreuung, haben ohne Zweifel große Bedeutung [21]).

Es ist jedoch aus den genannten Gründen schwierig festzustellen, ob ein vorausgegangener Schwangerschaftsabbruch die Dauer einer nachfolgenden Schwangerschaft beeinflussen kann.

In einer prospektiven Studie [22]) wurden nach Schwangerschaftsabbrüchen sowohl vermehrt Fehlgeburten in der 12. bis 24. Schwangerschaftswoche als auch Frühgeburten beobachtet.

Aus einer sehr sorgfältig angelegten prospektiven Studie der Kaiser Permanente Foundation kann entnommen werden, daß nach legalen Schwangerschaftsabbrüchen ein höheres Risiko für Fehlgeburten nachfolgender Schwangerschaften im 1. Schwangerschaftsdrittel nicht besteht. Wohl aber ist das Risiko von Fehl- oder Frühgeburten bis zur 28. Schwangerschaftswoche deutlich höher, wenn ein Schwangerschaftsabbruch vorausgegangen ist. Diese Beobachtungen beziehen sich auf einen Zeitraum (1970 bis 1973), in dem Schwangerschaftsabbrüche vornehmlich durch Dilatation mit Hegarstiften vorgenommen wurden. Bei Schwangerschaftsabbrüchen nach diesem Zeitpunkt wurden in Kalifornien fast ausschließlich Laminaria-Stifte verwandt, und nach einer Dilatation mit diesen Stiften scheint das Risiko für spätere Fehl- bzw. Frühgeburten nicht erhöht [23]).

Untergewichtigkeit von Neugeborenen ist häufig Folge einer Wachstumsretardierung in der Schwangerschaft. Grund ist eine mangelhafte Funktion der Plazenta, eine oft chronische Plazentainsuffizienz. Diese wird häufiger bei Raucherinnen als bei Nichtraucherinnen beobachtet. Sie ist Ausdruck einer Zirkulationsstörung, die durch eine fehlerhafte Plazentahaftung wie durch in der Schwangerschaft erworbene Schäden bedingt sein kann. Die unzureichende Haftung der Plazenta kann die Folge voraufgegangener Uterusentleerung bei Schwangerschaftsabbruchoperationen sein.

Beim derzeitigen Kenntnisstand ist der Einfluß von voraufgegangenen Schwangerschaftsabbrüchen auf das Geburtsgewicht ausgetragener Kinder späterer Schwangerschaften ebenso wenig zuverlässig bestimmbar, wie der Einfluß des Abbruches auf die Dauer einer späteren Schwangerschaft voraussehbar ist.

7.3.3.5 Abhängigkeit von der Abbruchsmethode

Genauere Kenntnis über den Einfluß von Schwangerschaftsabbrüchen auf spätere Fruchtbarkeit, vornehmlich aber auf den Ausgang nachfolgender Schwangerschaften, sind von grundlegender Bedeutung für die Vermeidung von Spätschäden nach Schwangerschaftsabbrüchen. Die bislang vorliegenden Studien gestatten noch nicht eine ausreichende Beantwortung der gestellten Frage. Die Weltgesundheits-Organisation hat daher die Gründung einer Studiengruppe initiiert (WHO Task Force on the Sequelas of Induced Abortion), die in neun Städten in acht Ländern die diskutierten Probleme untersuchten, um darüber zuverlässig zu berichten. Seit März 1976 wurden mehr als 30 000 Frauen in diese Studie einbezogen. Hierbei wurden sozialer Stand, Rauchgewohnheiten, Eintreten ungeplanter Schwangerschaften, etc., berücksichtigt. Die vorliegenden Ergebnisse führen zu der Annahme, daß eine Auswirkung des Schwangerschaftsabbruches auf die Dauer nachfolgender Schwangerschaften den **Methoden des Abbruches,** vornehmlich der Dilatation und Curettage zur Last gelegt werden muß, während die Saugcurettage deutlich komplikationsärmer ist, was auch durch die Ergebnisse der Bundesstatistik [24]) bestätigt wird. Der ungünstige Ausgang einer nachfolgenden Schwangerschaft ist nach den Untersuchungen der WHO dann eher zu erwarten, wenn der Abbruch die erste Schwangerschaft betraf.

Der Einfluß von Schwangerschaftsabbrüchen auf nachfolgende Schwangerschaften erscheint noch nicht ausreichend geklärt und weiterführende Untersuchungen sollten noch erfolgen.

7.4 Psychische Folgen des Schwangerschaftsabbruchs

Zur Beurteilung der psychischen Folgen müssen wir feststellen, daß es aus methodischen Gründen problematisch ist, empirische Daten zu gewinnen, die Aussagen zulassen über Intensität und Dauer psychischer Folgen eines Schwangerschaftsabbruches im Vergleich zu den Folgen einer alternativ ausgetragenen Schwangerschaft.

Aufgrund der tiefenpsychologischen Komplexität der Verarbeitungs- und Bewältigungsmöglichkeiten psychischer Konflikte ist es schwierig, Kriterien aufzustellen, nach denen Art und Intensität psychischer Folgen gemessen werden sollen. Nur in Tiefeninterviews wird es möglich sein, gegebenenfalls vorhandene Schwierigkeiten (Autoaggressionen, sexuelle Störungen oder psychosomatische Beschwerden) kausal zu beziehen auf den Schwangerschaftsabbruch in Abgrenzung von anderen psychisch traumatisierenden Ereignissen (z. B. Partnerbeziehung, Elternbeziehung etc.). Die psychische Bearbeitung eines Schwangerschaftsabbruchs kann somit nur verstanden werden auf dem Hintergrund der jeweiligen Biographie sowie der aktuellen sozialen Beziehungen.

[19]) Nach einem Vorschlag von Döring, K. G.: Gynäkologie und Geburtshilfe, 1967.

[20]) Butler und Bonham geben 6,7 % an, während anderen Untersuchungen von bis zu 12 % sprechen.

[21]) J. F. Donelly et. al., Amer. J. Obstet. Gynec. 88, 1964 F. Zimmer, Arch. Gynäk. 195, 1960.

[22]) C. S. W. Wright: Lancet 1, 1972 sowie J. A. Richardson: Br. Med. J. 1, 1976.

[23]) Susan Harlap: New England Journal of Medicine, im Druck, pers. Mitt.

[24]) Vgl. Kapitel 7.2.

Da es sich bei der Bearbeitung von Konflikten um einen Prozeß handelt mit unterschiedlichen Phasen, muß die Aussagekraft von Querschnittserhebungen als sehr begrenzt bewertet werden [25]).

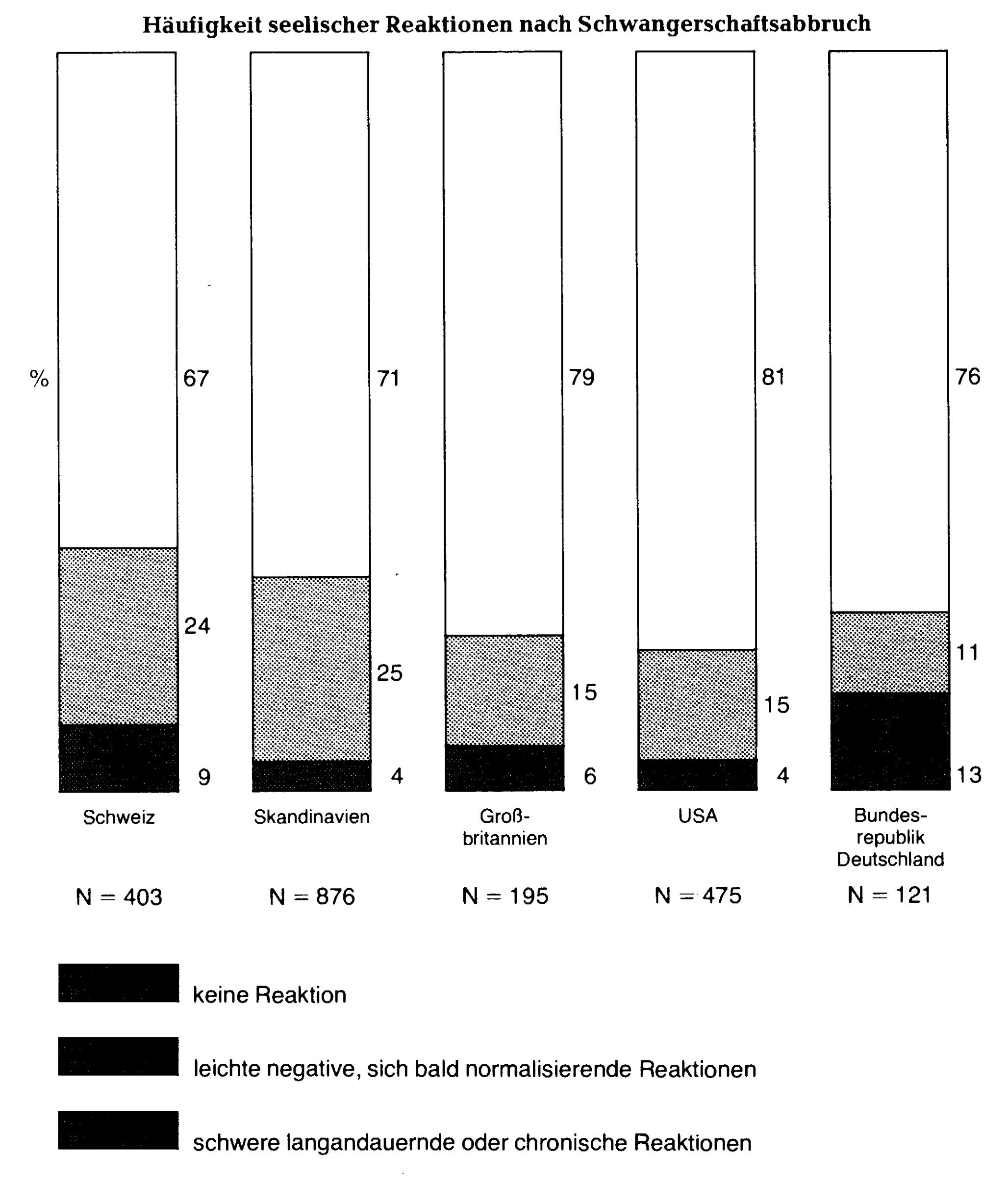
Es konnte festgestellt werden, daß „der Großteil der Frauen (erwartungsgemäß) mit Entlastung und großer Zufriedenheit, mit rascher Besserung psychiatrischer Beschwerden, sofern solche im Zusammenhang mit der unerwünschten Schwangerschaft aufgetreten waren, und mit glücklicher Erleichterung, die insbesondere nicht durch Gewissensbisse getrübt ist, reagiert" [26]).

„Ein geringerer Teil der Frauen weist leichte, innerhalb weniger Wochen vorübergehende oder schwerere, langdauernde bis chronische seelische Störungen auf. Dazu gehören vor allem depressive Verarbeitungen und depressive Persönlichkeitsentwicklung mit Selbstvorwürfen, Schuldgefühlen über die als falsch empfundene Entscheidung, Ängste vor Sterilität, sexuelle Ängste und verschiedenartige psychosomatische Störungen als Ausdruck des unbewältigten Konfliktes. Über psychosoziale Auswirkungen, vor allem in den differenzierten Feinheiten menschlicher Beziehungen ist jedoch kaum etwas zu erfahren" [27]).

Unter Berücksichtigung der methodischen Einschränkungen durch unterschiedliche Beteiligungskategorien gibt die folgende Graphik einen Überblick über die Häufigkeit psychischer Reaktionen unterschiedlicher Intensität in verschiedenen Untersuchungen.

Tabelle 12

Häufigkeit seelischer Reaktionen nach Schwangerschaftsabbruch



25) So mußte Petersen bei der monographischen Auswertung von 28 psychiatrisch-psychologischen Sammelkatamnesen der Jahre 1948 bis 1974 mit insgesamt 2771 untersuchten Frauen das Ergebnis als enttäuschend bezeichnen. Er hält aus methodischen Gründen nur vorläufige und allgemeine Aussagen für möglich. Vgl. dazu das Gutachten im Materialband zum Kommissionsbericht.

26) Petersen, DÄ 18: 1206 (1977).

27) Petersen, a.a.O.

Ein besonderes Problem bei der Erfassung psychischer Folgen ist die geringe Bereitschaft betroffener Frauen, sich darüber zu äußern. Somit scheiden distanzierte Erhebungsmethoden wie z. B. Fragebögen weitgehend aus, da anzunehmen ist, daß, bedingt durch Schuldgefühle und die immer noch geltende Tabuisierung der Kommunikation über einen durchgeführten Schwangerschaftsabbruch, repräsentative Daten nicht zu erwarten sind. Dazu kommt das Problem des Vergleiches der psychischen Folgen nach einem Schwangerschaftsabbruch mit den Reaktionen, die sich eingestellt hätten, wenn die Schwangerschaft – trotz subjektiver Notlage – ausgetragen worden wäre.

Mit diesen Einschränkungen können wir feststellen, daß bei einer sozialen Gruppe seelische Folgen häufiger auftreten:

Alleinstehende ledige Frauen ohne familiären Halt mit starken religiösen Bindungen (besonders bei Katholiken).

Der Faktor „soziale Isolation" dürfte auch bei ausgetragener Schwangerschaft wirksam sein. Die ungünstigen Auswirkungen einer starken religiösen Bindung (besonders bei Katholiken) lassen sich auf die kategorische Ablehnung des Schwangerschaftsabbruches durch die katholische Kirche zurückführen.

Die vorliegenden Untersuchungen zeigen keine eindeutigen Beziehungen zwischen den verschiedenen Indikationen und den festgestellten psychischen Folgen auf. „Immerhin sprechen einige Untersuchungen dafür, daß Indikationen entweder überhaupt keinen Einfluß auf die psychische Entwicklung haben oder daß ein Gefälle von der sozialen über die medizinische zur psychiatrisch-sozialen und schließlich zur rein psychiatrischen Indikation besteht in dem Sinn, daß die soziale Indikation die günstigsten Prognosen besitzt" [28]).

[28]) Petersen, a.a.O., S. 1210.

Daraus wird ersichtlich, wie wichtig es ist, der Schwangeren zu einem wirklich eigenen Entschluß zu verhelfen. Eine ressentimentgeladene Haltung von Ärzten, Beratern oder Pflegepersonal gegenüber dem Schwangerschaftsabbruch kann sich negativ auf die psychische Verarbeitung auswirken. Eine psychotherapeutische Nachbetreuung von Frauen, die im Prozeß der Indikationsstellung und Beratung psychisch gefährdet scheinen, wird empfohlen.

Psychische Folgen von abgelehnten Anträgen auf Abbruch einer Schwangerschaft lassen sich aus methodischen Schwierigkeiten nur bedingt beurteilen. Bei Ablehnung eines legalen Schwangerschaftsabbruchs wird dieser häufig illegal (im In- oder im Ausland) durchgeführt. Wird die ungewollte Schwangerschaft ausgetragen, so kann eine bewußte oder unbewußte Ablehnung des Kindes die Folge sein. Der psychische Zustand von Frauen mit ungewollten Schwangerschaften scheint in denjenigen Fällen besser zu sein, in denen der Abbruch durchgeführt wurde im Vergleich zu solchen, bei denen er abgelehnt wurde [29]).

Die bisherigen Untersuchungen über psychische Folgen des Schwangerschaftsabbruchs weisen über die bisher genannten methodologischen Schwierigkeiten hinaus durchweg den Mangel auf, daß nie untersucht wurde, was nachgewiesene psychische und psychiatrische Belastungen eigentlich ausmacht: der Schwangerschaftsabbruch selbst oder die Umstände, unter denen der Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wird und die häufig die Identität und Selbstachtung der Frauen in Frage stellen. Doch diese Frage ist angesichts forschungsethischer Fragen nicht klärbar. Es bleibt nur, die Bedingungen so human wie möglich zu gestalten (wobei selbstverständlich der Aufwand hierfür in Relation zu den Erfordernissen anderer Patientengruppen, z. B. Gebärender, Sterbender etc., gesehen werden sollte).

[29]) Emery, Lavin 1970.

8 Familienplanung

„Familienplanung" bedeutet mehr als lediglich Geburtenregelung in der Ehe, Familienplanung ist vielmehr Teil der allgemeinen Lebensplanung jedes Individuums, unabhängig von seinem Familienstand. Sie umfaßt sowohl Kenntnisse über die Möglichkeiten der Empfängnisverhütung und die positive Einstellung und Bereitschaft zu ihrer Anwendung, als auch die Fähigkeit, den Zeitpunkt der Geburt eines Kindes unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Bedürfnisse aller Beteiligten einschließlich der des Kindes zu bestimmen.

8.1 Einstellung zur Familienplanung: Schritte auf dem Weg zur individuellen Verantwortung

Obwohl erste Bemühungen zur individuellen Empfängniskontrolle bereits frühzeitig in der Menschheitsgeschichte nachgewiesen werden können und offenbar mit der Entdeckung des Zusammenhangs von Geschlechtsverkehr und Zeugung zusammenhängen, ist eine **systematisch** betriebene Empfängnisverhütung doch ein entwicklungsgeschichtlich relativ neues Unternehmen. Noch in der vorindustriellen, ständischen Gesellschaft gab es praktisch keine individuell betriebene Empfängnisverhütung. Die Geburtenregelung erfolgte vielmehr indirekt, auf sozialem Wege, indem lediglich eine begrenzte Anzahl von Individuen eine „Stelle" erhielt und damit die Berechtigung zur Ehe bekam, innerhalb derer dann praktisch keinerlei Empfängnisverhütung mehr betrieben wurde. Durch die großen sozialen Umstrukturierungen im Zuge der Industrialisierung entfiel dieser Regulationsmechanismus. Entsprechend zeigte sich eine öffentiche Verbreitung der Kenntnis über kontrazeptive Maßnahmen und eine beginnende Organisation ihrer Durchführung zum ersten Male im 19. Jahrhundert und hier zunächst in England [2]). Dies ist auf zahlreiche Faktoren zurückzuführen, wie Übervölkerung, Verstädterung, Wohnungsnot und soziale Verelendung, Berufstätigkeit der Frauen, abnehmenden Einfluß der Kirche etc.

Die Vorkämpfer für die Empfängniskontrolle stießen zunächst auf starke gesellschaftliche Widerstände, die zum Teil latent auch heute noch wirken: so wurde die Empfängnisverhütung zum Teil als unmoralisch und als Verstoß gegen die „Natur des Menschen" oder die „Natur der Frau" disqualifiziert [3]). Diese Widerstände waren so groß, daß Wegbereiter der Familienplanung sogar zum Teil strafrechtlich verfolgt und inhaftiert worden sind, wie z. B. Margret Sanger noch 1916 in den USA. In Deutschland war die Entwicklung von besonderen Schwierigkeiten gekennzeichnet: Eine allgemeine Birth Control-Bewegung organisierte sich nur zögernd zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Diese Ansätze wurden zur Zeit des Nationalsozialismus als volksschädlich bezeichnet und rigoros unterdrückt. Gleichzeitig wurden z. B. Angehörige „minderwertiger" Rassen zwangsweise sterilisiert.

Nach dem 2. Weltkrieg kamen die Bemühungen um die Familienplanung nur langsam wieder in Gang. Sie wurden zunächst von einzelnen Ärzten und Kliniken getragen, bis schließlich die „Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung" (Pro Familia) gegründet wurde und über die „International Planned Parenthood Federation" internationale Beziehungen aufnahm.

Staatliche Stellen waren auch nach dem Zweiten Weltkrieg längere Zeit eher zurückhaltend: zwar gab es vereinzelt Bemühungen zur Förderung der Empfängnisverhütung, z. B. aus gesundheitspolitischen Erwägungen, doch setzte eine massive Propagierung und Förderung letztlich erst mit der Intensivierung der Diskussion um die Reform des § 218 ein. Auch die Rechtsprechung war bis in die sechziger Jahre hinein zurückhaltend und ließ insbesondere für die Sterilisation eine ungeklärte Rechtslage bestehen [4]), was zu Rechtsunsicherheit nicht zuletzt bei den Ärzten führte. Die kath. Kirche akzeptiert nach offizieller Lehrmeinung auch heute noch ausschließlich die Methode der Zeitwahl nach Knaus-Ogino.

Dem halten Kritiker entgegen, daß die mit der Anwendung dieser Methode verbundene Absicht – die Vermeidung einer Schwangerschaft – die gleiche ist wie bei der Verwendung anderer Methoden [5]). Immerhin vertreten einige prominente Theologen wesentlich liberalere Auffassungen, und schließlich sprechen Untersuchungen über das Verhalten der Gläubigen für eine „Kluft zwischen offizieller Kirchenlehre und Praxis des Kirchenvolkes" [6]).

Die Einstellung des größeren Teils der Ärzteschaft war lange Zeit von Zurückhaltung über Desinteresse bis hin zur offenen Ablehnung gekennzeichnet [7]). Dies dürfte einerseits darauf zurückzuführen sein, daß die Ärzteschaft im allgemeinen zu eher konservativen Standpunkten neigt, andererseits sicher aber auch darauf, daß die damals überwiegend angewendeten konservativen Methoden (wie Kondom, Pessar etc.) als nicht in den ärztlichen Bereich gehörig erlebt wurden. Entsprechend dürfte die zunehmende Aufgeschlossenheit der Ärzteschaft damit zusammenhängen, daß mit der „Pille" (seit 1960 in der Bundesrepublik auf dem Markt) und später insbesondere mit dem Intrauterin-

[1]) Auf weiterführende Aspekte der Familienplanung wird im Abschnitt über die humanökologischen Bedingungen der Elternschaft Kapitel 16 und im Kapitel 13.3, Demographischen Entwicklung, eingegangen.

[2]) Nach Gesenius (1979).

[3]) Vgl. H. Poettgen, Psychologische und theologische Probleme der Kontrazeption, Arch. Gyn. Bd. 207, 1969.

[4]) (Just-Dahlmann 1974), vgl. hierzu auch den Dohrn-Prozeß.

[5]) Poettgen, 1969, a.a.O.

[6]) Petersen 1977.

[7]) Vgl. hierzu insbesondere die „Ulmer Denkschrift" von 1965, eine systematische Untersuchung findet sich bei Christoph 1975.

pessar Technologien entwickelt wurden, die mit dem ärztlichen Selbstverständnis eher vereinbar sind, da sie im Gegensatz zu den traditionellen Methoden ohne direkte Bezugnahme auf Sexualität wie gewohnt „verordnet oder appliziert" werden können.

In der Bevölkerung schließlich hat sich der Gedanke der Empfängnisverhütung – in Abhängigkeit von der sozialen Lage – unterschiedlich weit durchgesetzt: so assoziierte noch 1972 ein Drittel der Bevölkerung mit dem Begriff „Familienplanung" Tatbestände, die nichts mit Empfängnisverhütung zu tun haben, in den unteren Sozialschichten war es sogar die Hälfte [8]). Zwar hat sich die Empfängnisverhütung inzwischen allgemein weiter verbreitet, doch ist von allen Schwangerschaften nach wie vor maximal ein Viertel geplant, während die Hälfte zumindest zum Zeitpunkt des Eintretens eigentlich nicht gewünscht ist [9]); immerhin dürfte auch heute noch der größere Teil ungeplanter Schwangerschaften nachträglich akzeptiert oder zunächst ambivalent aufgenommen und später akzeptiert werden; während es in ca. 40 % (am Beispiel einer großstädtischen Klientel) bei der Ablehnung bleibt [10]).

8.2 Methoden der Empfängnisverhütung

Es gibt eine ganze Reihe von Mitteln bzw. Methoden der Empfängnisverhütung. Einerseits sind grundlegende, zumindest pauschale Kenntnisse darüber weit verbreitet und gehören gewissermaßen zum Allgemeinwissen, andererseits bestehen in der Bevölkerung immer noch erhebliche Mißverständnisse, die die angemessene Anwendung beeinträchtigen. Schließlich ist die Fachliteratur insbesondere über die modernen, im engeren Sinn „medizinischen" Methoden praktisch nicht mehr zu überschauen.

Entsprechend würde eine umfassende Darstellung den hier vorgegebenen Rahmen sprengen, andererseits würde eine sehr kurze Darstellung, die grundlegende Informationen zu vermitteln versuchte, sich auf weithin Bekanntes beschränken müssen. Wir wollen deshalb nur einen selektiven Einblick geben, der insbesondere auf den in unserem Zusammenhang besonders wichtigen Gesichtspunkt der Vermeidbarkeit unerwünschter Schwangerschaften abzielt [11]).

Von größter Bedeutung ist in diesem Zusammenhang zunächst die Unterscheidung nach dem Sicherheitsgrad der Methoden. Dieser wird üblicherweise in Form eines standardisierten Maßes, des sog. Pearl-Index angegeben. Er gibt die Anzahl von Schwangerschaften an, die zustande kommen, wenn 100 Frauen eine Methode jeweils ein Jahr anwenden, bzw. entsprechende Äquivalente.

[8]) Infratest 1972.

[9]) Münz/Pelikan 1978, Infratest 1972.

[10]) Münz/Pelikan, a.a.O.

[11]) Eine ausführliche Darstellung findet sich im Anhangband.

Tabelle 1

Zuverlässigkeit verschiedener kontrazeptiver Methoden

Methoden	Versagerquote = ungewollte Schwangerschaften auf 100 Anwendungsjahre	
	nach Schreiner	nach Döring
Keine Kontrazeption	115	–
Vaginalspülung	31	–
Zeitwahl (Knaus-Ogino)	24	14
Chemische Vaginalmittel	20	7 – 42
Coitus interruptus	18	10 – 38
Kondom	14	4
Vaginaldiaphragma (Pessar) mit oder ohne Creme	12	7 – 34
Intrauterine Mittel (I.U.D.) (z. B. Spirale)	1 – 5,5	0,5 – 3,7
Temperaturmethode	–	0,5 – 1
Hormonale Kontrazeption	0, – 3,1	0,7 – 1
Sterilisation des Mannes oder der Frau	0, – 0,5	–

Diese Angaben ermöglichen jedoch nur eine relativ grobe Orientierung. Sie berücksichtigen nicht, daß

(1) eine sehr zuverlässige und kontinuierliche Anwendung von Methoden mit relativ ungünstigem P. I. eine höhere Sicherheit bedeuten kann als eine unzuverlässige und/oder nicht kontinuierliche Anwendung von Methoden mit günstigerem P. I., und sie berücksichtigen ebenfalls nicht, daß

(2) bei längerer Anwendung sowohl Gewöhnungs- als auch Ermüdungseffekte eintreten, die eine Erhöhung bzw. Erniedrigung der Sicherheit mit sich bringen.

Schließlich wird durch das Maß eine Sicherheit nahegelegt, die bei Berücksichtigung der Lebensdauer der Nutzer erheblich weniger befriedigend ist. So bedeutet ein Pearl-Index von 2 bei einer durchschnittlichen Fertilität der Frau von 30 Jahren und einer kontinuierlichen Anwendung dieser Methoden über diese gesamte Dauer, daß von drei Frauen fast zwei im Verlauf ihres Lebens einmal unerwünscht schwanger werden; bei Abrechnung eines Intervalls, in dem Kinderwunsch besteht, und angesichts der Tatsache, daß es Pausen in der sexuellen Aktivität gibt, dürften grob gerechnet immer noch ca. 50 % der Frauen einmal im Verlauf ihres Lebens unerwünscht schwanger werden [12]). Diese Zahlen erhöhen sich, wenn die tatsächlichen Anwendungsprobleme mit den Methoden berücksichtigt werden.

[12]) Hulka (1969) kommt aufgrund einer Modellrechnung, bei der u. a. die altersspezifische Fertilität, Frequenz sexueller Kontakte, Bereitschaft zu Kindern etc. berücksichtigt werden, zu deutlich höheren Zahlen. Weitere Probleme zeigen auf z. B. Kleinmann (1971) sowie Lappe (1979), eine zusammenfassende Darstellung findet sich bei Oeter (1980).

Unter diesem Gesichtspunkt ist von Interesse eine Klassifikation der Methoden in

- irreversible Methoden (Sterilisation bzw. operative Unfruchtbarmachung des Mannes oder der Frau), und
- reversible Methoden (alle übrigen Methoden).

Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß z. B. die „Pille" oder das Intrauterinpessar („Spirale") in seltenen Fällen zu dauernder Unfruchtbarkeit führen können, daß es andererseits gelegentlich gelingt, die Sterilisation rückgängig zu machen, und daß es schließlich extrem selten trotz erfolgter Sterilisation zu einer Schwangerschaft kommt. Über derartige Ausnahmen wird in der Presse relativ häufig berichtet, und sie dürften für die Einschätzung der Bevölkerung ein gewisses Gewicht besitzen, da seltene Ereignisse üblicherweise in ihrer Wahrscheinlichkeit überschätzt weden.

Von praktischer Bedeutung ist ferner die Unterscheidung in

- Methoden, die im Zusammenhang mit dem Koitus (Geschlechtsverkehr) angewendet werden (z. B. Kondom, Schaumpräparate etc.), und
- Methoden, die zeitlich unabhängig vom Koitus angewendet werden können (z. B. die „Pille", die Spirale etc.).

Diese Unterscheidung ist insofern von Bedeutung, als die Methoden der ersten Gruppe bei mangelnder Voraussicht, bei großer emotionaler Erregung im Zusammenhang mit dem Koitus oder infolge von Alkoholgenuß schon einmal „im entscheidenden Augenblick" vergessen werden können, während andererseits häufig kein Sinn darin gesehen wird, z. B. „ständig die Pille zu nehmen", wenn man nur selten sexuelle Kontakte hat.

Schließlich ist zu berücksichtigen, daß bei den verschiedenen Methoden unterschiedlich häufig erlebt oder befürchtet werden

- störende „Neben"-Wirkungen auf die sexuelle Erlebnisfähigkeit (relativ häufiger beim Koitus interruptus, beim Kondom und bei Schaumpräparaten),
- störende „Neben"-Wirkungen auf das allgemeine Wohlbefinden und/oder die Gesundheit (relativ häufiger bei der Pille, der Spirale, z. T. sogar beim Koitus interruptus), sowie
- störende Effekte auf das Selbstwertgefühl (z. B. gelegentliche Assoziationen mit Prostitution im Zusammenhang mit dem Kondom, mit dem Gefühl totaler sexueller Verfügbarkeit für den Mann oder ständiger sexueller Leistungsbereitschaft etc.).

8.3 Psychosoziale Probleme der Empfängnisverhütung [13])

8.3.1 Probleme der Methodenwahl

Es gibt zwar Methoden, die bei konsequenter Anwendung eine recht sichere Empfängnisverhütung garantieren, doch diese Methoden sind keinesfalls vollkommen, denn sie bringen jeweils verschiedene Kombinationen von Vor- und Nachteilen mit sich. Dennoch sind bei individueller Wahl der Methode meist recht befriedigende Lösungen möglich, bei Wunsch nach endgültiger Empfängnisverhütung gibt es mit der Sterilisation sogar eine Methode, die vom Verhütungseffekt her als optimal angesehen werden kann, bei der entsprechenden Population in den USA ist sie seit langem die gebräuchlichste Methode [14]).

Dennoch stellt sich die Frage, für wen bzw. nach wessen Maßstäben eine Lösung optimal ist: für die Frau, den Mann, den Arzt oder alle Beteiligten gleichermaßen. Für die Beurteilung und Akzeptabilität der Methoden sind nicht deren „objektive" Eigenschaften relevant, sondern die subjektiven Einschätzungen durch diejenigen, die über die Nutzung entscheiden. So mag beispielsweise „objektiv" eine Sterilisation optimal erscheinen, doch kann die damit verbundene Operation Ängste auslösen und schließlich kann auch die Endgültigkeit des Eingriffs den Betroffenen emotionale Schwierigkeiten bereiten. Damit gibt es das allgemein akzeptable, für jeden geeignete, „ideale Kontrazeptivum" nicht [15]).

In diesem Zusammenhang wird der Industrie und Forschung gegenüber häufig der Vorwurf erhoben, daß sie eine breite Forschung vernachlässigt hätten, deren Ziel es ist, die ganze Palette der Methoden so weiter zu entwickeln, daß deren störende „Neben"-Wirkungen reduziert und daß schließlich endlich auch akzeptablere Methoden für den Mann gefunden werden. Weiterhin muß es als bedenklich angesehen werden, daß neue Methoden zum Teil mit nahezu kritikloser Euphorie angepriesen und aufgenommen werden; damit sind dann oft Erwartungen verbunden, die auf Dauer nur enttäuscht werden können und zur Ablehnung dieser Methoden führen [16]). Wenn auch die Methoden erheblich verbesserungsbedürftig erscheinen, so sollte man sich zumindest auf absehbare Zeit nicht allzu viel von einer Weiterentwicklung der Methoden versprechen, denn wesentliche Probleme liegen im psychosozialen und psychoemotionalen Bereich. Dieser wird zwar auch teilweise von den „technischen Eigenschaften" der Methoden beeinflußt, ist jedoch zum anderen Teil in Zusammenhang mit allgemeinen präventionsbezogenen Einstellungskomplexen und Handlungskompetenzen völlig unabhängig davon [17]).

8.3.2 Soziale Lage und ihr Einfluß auf die Methodenwahl

Noch immer bestimmt die soziale Lage ganz entscheidend die **Intensität und Sicherheit der Empfängnisre-**

[13]) Die Darstellung dieses Abschnitts orientiert sich an Oeter 1975.

[14]) Westhoff and Ryder 1968.

[15]) Hauser 1978.

[16]) Hauser 1978 hat dies am Beispiel der „Pille" beschrieben und vor beiden Reaktionen (Pillen-Euphorie/überzogene Pillen-Müdigkeit) gewarnt. Leider gibt es Hinweise dafür, daß sich ähnliches für das Intrauterinpessar wiederholen könnte (vgl. hierzu die hohen Erwartungen von Nutzerinnen, Jürgensen u. a. 1979).

[17]) Nijs 1972, Oeter und Wilken 1974, Oeter 1975, Petersen 1978.

gelung; [18]) zwar werden um so häufiger „sichere Methoden" angewendet je größer das Ausmaß der Ablehnung einer möglichen Schwangerschaft ist, doch haben unabhängig davon andere Faktoren ganz erheblichen Einfluß: so werden um so seltener sichere resp. um so häufiger unsichere Methoden angewendet.

— je höher das Alter,
— je niedriger der Schulabschluß,
— je höher die Kirchenbindung und
— je kleiner die Wohngemeinde der Betroffene ist;
— weiterhin betreiben Arbeiter eine weniger sichere Prävention als Angestellte [19]) und ausländische Arbeitnehmer als Deutsche [20]).

Dieses Verhalten ist weitgehend unabhängig von der Frequenz sexueller Kontakte sowie von der Intensität des Wunsches, eine Schwangerschaft zu vermeiden.

Daneben finden sich nicht mehr ganz so starke, aber noch immer deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von anderen sozialen Gegebenheiten: so wenden weniger sichere Methoden an: Angehörige der Unterschicht, Personen in ungünstiger ökonomischer Situation, Nicht-Verheiratete und Nicht-Berufstätige. Ferner finden sich Unterschiede in Abhängigkeit von der Konfession und dem Bundesland. Keinen Einfluß haben dagegen die Kinderzahl und Erfahrungen mit ungeplanten resp. unerwünschten Schwangerschaften.

Besonders bemerkenswert ist dieses letzte Ergebnis, demzufolge das Erlebnis ungeplanter resp. unerwünschter Schwangerschaften keinerlei nachweisbaren Einfluß auf das Sicherheitsniveau der Empfängnisverhütung hat. Daraus läßt sich schließen, daß die Beratung zur Empfängnisregelung nach Geburten und Schwangerschaftsabbrüchen entweder überhaupt nicht erfolgte oder auf die soziale und psychische Situation der Frauen so wenig Bezug nahm, daß sie zumindest auf Dauer völlig ineffizient blieb. Es ergeben sich daraus gravierende Konsequenzen für die kontrazeptive Beratung.

Ferner ist besonders bedeutsam der selektive Einfluß des Alters, der sich bei Nicht-Berufstätigkeit der Frau, bei geringer Schulbildung, niedrigerer Sozialschicht und größerer Kirchenbindung immer stärker bemerkbar macht und sich in der Anwendung unsicherer Methoden niederschlägt. Die Tatsache, daß das Alter bei „günstigeren" sozialen Gegebenheiten geringe oder keine Wirkung zeigt, spricht dafür, daß die benachteiligten Gruppen über eine geringere Fähigkeit zur Übernahme von neuen Methoden, die im Verlauf ihrer Lebensgeschichte entwickelt werden, verfügen. Dies dürfte in komplexer Weise auf individuelle Gegenheiten (je unterschiedliche, sozialisationsbedingte Bereitschaft zu innovativem Verhalten) und strukturelle Rahmenbedingungen (unterschiedliche Nähe zum medizinischen System etc.) zurückzuführen sein. Daß sich in den Teilgruppen der jüngeren Frauen entsprechende Unterschiede nicht oder nur in geringem Ausmaß nachweisen lassen, darf vorerst nicht dahingehend interpretiert werden, daß auch die tatsächliche Sicherheit vor unerwünschter Schwangerschaft für die verschiedenen sozialen Gruppen gleich sei. Es ist vielmehr zu vermuten, daß hier die Benachteiligungen subtiler geworden sind und sich im Umgang mit den Methoden zeigen z. B. dadurch, daß infolge unterschiedlich großer sozialer Belastungen Verhütungsmittel nicht regelmäßig angewandt werden.

Der Einfluß der sozialen Faktoren beschränkt sich dabei nicht isoliert auf die Empfängnisverhütung, sondern erstreckt sich auch auf die übrigen Bereiche des Vorsorgeverhaltens [21]). Damit begrenzt die soziale Situation der Betroffenen ganz offenkundig deren Handlungsspielraum und ermöglicht in unterschiedlichem Ausmaß präventives Verhalten und eine effektive Lebensplanung.

In diesem Zusammenhang spielt insbesondere die Partnerschaft eine bedeutsame Rolle: so scheint sich bei Paaren mit lockerer und (noch) nicht andauernder Beziehung das kontrazeptive Verhalten erst allmählich zu routinisieren und zu verfestigen, so daß zunächst gerade in Phasen problematischer Partnerschaft die Empfängnisverhütung besonders unsicher ist [22]). Entsprechend ist die Empfängnisverhütung auch bei Paaren mit traditioneller Rollenverteilung in der Partnerschaft relativ unzuverlässig [23]), während in partnerschaftlich orientierten Ehen, in denen keine strenge Rollenverteilung existiert, die Kommunikation auch über den sexuellen Bereich gut ist und sich auch der Mann für die Empfängnisverhütung verantwortlich fühlt (auch wenn die Frau die Methode an sich anwendet), die Empfängnisverhütung tendenziell sicherer betrieben wird [24]).

Zur Beziehung zwischen den Geschlechtern schließlich ist festzustellen, daß die Frau die Last der Empfängnisverhütung in ca. ⅔ der Fälle übernimmt. Männer sind an dem Unternehmen der Empfängnisverhütung bestenfalls beteiligt, die alleinige Last übernehmen sie nur selten. Hieraus dürften sich Konsequenzen auf die Empfängnisverhütung bei jüngeren Frauen mit hohem Ausbildungsstand ableiten, die diese Rollenverteilung ablehnen [25]).

[18]) Die folgenden Ergebnisse stammen aus einer Repräsentativbefragung in typischen Lebensbereichen der Bundesrepublik bei annähernd 1200 Frauen im Alter von 20 bis 40 Jahren, Oeter und M. Wilken 1978, im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit.

[19]) Für die übrigen Berufsgruppen konnten keine statistisch signifikanten Beziehungen nachgewiesen werden, was möglicherweise an zu kleinen Besetzungszahlen liegt.

[20]) Die Feststellung zum weniger präventiven Verhalten ausländischer Arbeiter entstammt zwar nicht der zitierten Studie, deckt sich aber mit vielfältigen Erfahrungen von Beratern und ist im übrigen für die verschiedensten Bereiche der Prävention beschrieben worden.

[21]) Z. B. die Nutzung von Schwangeren-Vorsorgeuntersuchungen (Oeter, Collatz, Hecker, Rohde 1979) oder die Nutzung von Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder (Collatz, Malzahn und Schmidt 1979).

[22]) Lambert 1971.

[23]) Meleis 1971.

[24]) Rainwater 1965.

[25]) Die Methoden, die die Frau anwendet, sind meist von einer Verschreibung durch den Arzt abhängig. Auch die Konsequenz, „Patientin" zu werden, wird von vielen Frauen zunehmend abgelehnt.

8.3.3 Psychische Situation und Empfänisregelung

Bei den Motiven und Bedürfnissen im Hinblick auf die Mittel und Methoden der Empfängnisverhütung spielt das Selbstverständnis der Betroffenen eine ganz erhebliche Rolle: wird die eigentliche Funktion der Frau überwiegend in der Mutterschaft und die des Mannes in der Rolle des Erzeugers gesehen, wird Empfängnisverhütung mit größerer Wahrscheinlichkeit bewußt oder unbewußt abgelehnt und Empfängnisverhütung daher weniger erfolgreich praktiziert [26]).

Im Zusammenhang mit der Empfängnisverhütung zeigen sich zum Teil außerordentlich subtile seelische Abläufe, die eine effektive Empfängnisregelung ausschließen oder zumindest behindern [27]). Zum Beispiel kann die Möglichkeit einer Schwangerschaft verneint oder verleugnet werden, ebenso die Effektivität kontrazeptiver Maßnahmen, die persönliche Verantwortung für die Kontrazeption, in extrem seltenen Fällen sogar die Tatsache, daß überhaupt Geschlechtsverkehr stattfindet. Liebe kann so altruistisch und aufopfernd erlebt werden, daß in ihrem Namen Risiken – insbesondere das Risiko einer „eigentlich" ungewünschten Schwangerschaft – übernommen werden. Schuldgefühle können die Anwendung kontrazeptiver Maßnahmen behindern, da die Anwendung sicherer Verhütungsmaßnahmen als Audruck der dauernden Bereitschaft zum Geschlechtsverkehr erlebt und schuldhaft verarbeitet werden kann, in diesem Zusammenhang kann aus masochistischen Gefühlen heraus die Tendenz zur Selbstbestrafung durch eine „eigentlich" unerwünschte Schwangerschaft entstehen.

Zahlreiche Ängste, etwa vor Verlust der Kontrolle über die eigenen sexuellen Triebe und mögliche aggressive Strebungen, vor Frigidität und Libidoverlust, der Überforderung der eigenen Verantwortlichkeit und schließlich vor gesundheitlichen Schäden können die Anwendung effektiver kontrazeptiver Maßnahmen behindern [28]).

Die Motive bei der Empfängnisverhütung weisen eine starke Konzentration auf einige zentrale Bereiche auf [29]): insgesamt sind die wichtigsten Motive der Wunsch nach sicherer Empfängnisverhütung und der Wunsch, keine gesundheitlichen Risiken einzugehen. Bemerkenswert ist dabei, daß nur bei der jüngsten Altersgruppe die Sicherheit der Empfängnisverhütung am wichtigsten ist. Je älter dagegen die Frauen werden, desto mehr schiebt sich der Wunsch in den Vordergrund, keine gesundheitlichen Risiken einzugehen, und bei der Gruppe der ältesten ist dieses Bedürfnis mit Abstand am wichtigsten. Dies kann ein Generationseffekt sein, kann aber auch damit zusammenhängen, daß mit zunehmendem Alter die Betroffenen sich der Verletzlichkeit und Hinfälligkeit ihres Körpers zunehmend bewußt werden und entsprechend zunehmend das Bedürfnis haben, hier keinen weiteren Schaden anzurichten. Da es sich hierbei um das wichtigste Motiv handelt und da – wie wir später sehen werden – eben gerade die modernen und sicheren Verhütungsmethoden als relativ wenig geeignet für dieses Motiv eingeschätzt werden, könnte sich daraus die seltenere Verwendung sicherer Methoden in den höheren Altersgruppen zumindest teilweise erklären.

8.3.4 Die Vorstellungen in der Bevölkerung über die Eignung der Methoden

Die Einschätzung der Methoden hinsichtlich ihrer Eignung für die jeweiligen Zielvorstellungen und über ihre Vereinbarkeit mit den vorliegenden Motiven zeigt ein differenziertes Bild von Schwierigkeiten und Konflikten, die sich bei der Wahl der „richtigen" Methode ergeben. Diese Einschätzungen sind eine Mischung aus zum Teil ganz realistischen Erwägungen, die einen relativ guten Informationsstand widerspiegeln, und aus Fehleinschätzungen, „irrationalen" Verleugnungen und Pauschalierungen. Die subjektiven Einschätzungen der Möglichkeit, eine Schwangerschaft zu vermeiden, entsprechen in etwa den objektiven Sicherheiten; deutlich überschätzt wird jedoch die Wirksamkeit des Coitus interruptus und auch beim Verzicht auf jegliche Verhütung wird noch eine gewisse Sicherheit gesehen („es wird schon gutgehen"). Umgekehrt wird die mit der Sterilisation sowohl des Mannes als auch der Frau verbundene Sicherheit der Empfängnisverhütung unterschätzt, was wohl Ausdruck allgemeiner Vorurteile gegenüber der Sterilisation und von Verleugnungstendenzen ist. Als gesundheitlich unbedenklich werden vor allem die Methoden angesehen, die eine relativ geringe Sicherheit der Empfängnisverhütung garantieren, während die „sicheren" Methoden als in gesundheitlicher Hinsicht recht bedenklich eingeschätzt werden. Gerade im Hinblick auf diese beiden Zielvorstellungen ergeben sich bei etwa der Hälfte der Befragten mehr oder weniger große Konflikte bei der tatsächlich angewendeten Verhütungsmethode [30]).

8.3.5 Informationsprobleme

Der Informationsstand der Bevölkerung und hier insbesondere der von sozial benachteiligten Gruppen läßt noch immer sehr zu wünschen übrig. So ist ein Teil der Einschätzungen der Methoden sicher auch auf Informationsdefizite zurückzuführen, zum anderen sind sie aber auch Ergebnisse von konkreten Erfahrungen oder alternativen Bewertungen von Tatbeständen, die

---

[26]) Daraus wurde das Konzept des „unbewußten Kinderwunschs" entwickelt. So sollen zum Beispiel Schwangerschaften von Teenagern nicht selten Teil eines Versuchs sein, die weibliche Identität aufzubauen, während Schwangerschaften bei älteren Frauen oft als Versuch aufgefaßt werden, die herannahende Menopause zu verleugnen und sich damit das Gefühl der vollen weiblichen Identität zu erhalten (Kimball). Allerdings ist in diesem Zusammenhang nicht ausreichend untersucht worden, inwieweit auch bei solchen Frauen, die effektive Empfängnisregelung betreiben, ein „latenter Kinderwunsch" besteht, ohne daß dieser jedoch diagnostiziert wird, weil bei dieser Klientel entsprechende Bemühungen nicht unternommen werden.

[27]) Nach Sandberg und Jacobs (1970).

[28]) Weitere psychodynamische Mechanismen, die eine „rationale" Empfängnisregelung behindern, wurden von Molinski (1972), Petersen (1969) und Nijs (1972) beschrieben. Alle diese Untersuchungen leiden jedoch daran, daß sie an selektiver Klientel angestellt wurden. Quantitative Angaben sind damit nicht auf die durchschnittliche Bevölkerung übertragbar, angesichts der Differenziertheit der Problematik und der Untersuchungsmethoden aber auch grundsätzlich kaum erreichbar.

[29]) Oeter 1978.

[30]) Oeter 1978.

durchaus ihre Berechtigung haben. Vor allem aber hat die systematische Untersuchung von Bedingungen effizienten Vorsorgeverhalten sehr deutlich aufgezeigt, daß Informationen dann wenig verhaltensändernd sind, wenn sie nicht auf die konkreten Bedenken und Vorerfahrungen sowie Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen eingehen und wenn sie nicht ganz konkrete Handlungsmöglichkeiten aufzeigen [31]).

Die Betroffenen weichen häufig auf das sogenannte „Laiensystem" aus, also auf die Informationen und Erfahrungen, die aus dem Bekannten- und Verwandtenkreis zu erhalten sind. In diesem Zusammenhang spielen die Massenmedien eine ganz erhebliche, durchaus nicht immer positive Rolle. Jeweils kurz nach Presseveröffentlichungen über (vermeintliche oder reale) Gefahren der Pille und über ihre Nebenwirkungen stieg die Zahl von Frauen jeweils stark an, die wegen entsprechender Beschwerden eine Beratungsstelle aufsuchten [32]). Andere Wissenschaftler konnten sogar nachweisen, daß kurz nach einer Serie von Zeitungsartikeln mit überwiegend negativen Mitteilungen über die Pille deren Verkaufszahlen in der Folgezeit um ca. 20 % zurückgingen [33]). In diesem Zusammenhang muß jedoch auch bedacht werde, daß antipräventives Verhalten sogar auch Ergebnis sachgerechter und sogar notwendiger Informationen sein kann, wenn die moderne Medizin den gesundheitsbezogenen Risikobereich erkennbar gemacht und ausgedehnt hat [34]).

Eine ausschließlich auf die „technologischen Aspekte" der Empfängnisverhütung gerichtete Beratung, die die psychoemotionalen Bedürfnisse und Beziehungsprobleme (insbesondere zum Partner) außer acht läßt, kann damit auf Dauer nicht sehr erfolgreich sein.

31) Basler 1979.
32) Blättler, u. a. 1973.
33) Dabei ist zu bedenken, daß derartige Pressemitteilungen häufig nichts anderes als eine Widerspiegelung von Diskussionen in der medizinischen Fachpresse sind.

8.3.6 Zum Problem der Kontinuität der Empfängnisregelung

Ein gravierendes Problem ergibt sich daraus, daß nahezu alle Methoden der Empfängnisverhütung eine kontinuierliche und konsequente Anwendung erfordern. Die Kontinuität ist jedoch besonders gefährdet bei solchen Methoden, die zeitlich mit dem emotional erregenden Erlebnis des Koitus verknüpft sind (z. B. Kondom, Schaum, Scheidenpessar, Coitus interruptus).

Aber auch bei solchen Methoden, bei denen die Anwendung zeitlich vom Koitus getrennt ist (z. B. bei der Pille), stellt sich das **Problem der kontinuierlichen Anwendung:** so verlassen entsprechen klinischer Erfahrungen und systematischer Untersuchungen [35]) zwischen 30 und 50 % der jeweiligen Nutzer die „Pille", wobei in der Regel kein Kinderwunsch besteht und dennoch keine vergleichbar sicheren Methoden angewendet werden. Ein Überblick über die Gründe bei den verschiedenen Methoden ist aufschlußreich [36]).

34) Rohde 1968.
35) Z. B. Westhoff und Ryder 1968, Cartwright 1970.
36) Cartwright 1970.

Tabelle 2

Gründe, aus denen Mütter verschiedene kontrazeptive Mittel aufgaben (England, Cartwright 1970, N = 1267)

Grund	Pille %	Pessar %	Kondom %	Chem. Mittel %	Coitus interruptus %	Zeitwahl %
unsicher	4	18	25	37	60	82
gesundheitsschädigend	65	3	1	6	4	–
unbequem	6	64	54	46	31	4
zu teuer	2	–	3	–	–	–
andere	27	21	15	16	10	14

Dieses Problem wurde noch einmal generell für die Pille untersucht. Dabei zeigten sich folgende Gründe für das letzte Verlassen der Pille:

Tabelle 3

Gründe, aus denen Frauen die Pille aufgegeben haben (Bundesrepublik, OETER 1978)

	N	%
Kinderwunsch	114	*14*
Nebenwirkungen/Unverträglichkeit	174	*21*
Angst vor Gesundheitsschäden durch Pille	65	*8*
Krankheit	47	*6*
mit der Pille nicht zurechtkommen (ständig vergessen etc.)	27	*3*
seltene sexuelle Kontakte	13	*1,5*
keine sexuellen Kontakte mehr/ Beendigung der Partnerschaft	26	*3*
die übliche „Einnahmepause"	229	*36*
sonstiges	58	*7*
weiß nicht/keine Angabe	10	*1*

Mit Abstand am häufigsten wird also die „Notwendigkeit einer Einnahmepause" als Grund genannt. Unverträglichkeiten und Angst vor Gesundheitsschäden machen den nächst größeren Block aus[37]). Immerhin ist auffallend, daß ein expliziter Kinderwunsch nur in 14 % Anlaß für das Absetzen der Pille war; weiteren 11 % wäre eine Schwangerschaft „recht gewesen", während ¼ den ausdrücklichen Wunsch hatten, nicht schwanger zu werden.

Nach Aussagen der Frauen ging die Initiative für die (zeitweilige oder endgültige) Beendigung der Pilleneinnahme in über der Hälfte der Fälle (51 %) von ihnen selbst aus – der Partner spielt mit 4 % nur eine geringe Rolle –, während nicht viel seltener der Arzt die Pause bzw. Beendigung der Einnahme veranlaßt haben soll (zu 44 %). Die Frauen, die über dieses Problem mit dem Arzt gesprochen haben, berichten allerdings über eine mangelnde Beratung: so sei nur in gut einem Viertel der Fälle (27 %) eine andere Verhütungsmethode empfohlen worden, ausführlicher erklärt worden sei diese Methode in 10 % der Fälle, und lediglich genauso häufig (es dürften die gleichen Fälle sein) sei die Frau gefragt worden, ob ihr eine andere Methode lieber sei, was wir als Hinweis für eine partnerschaftliche Orientierung bei der Beratung auffassen können. Bemerkenswert ist schließlich, daß die Hälfte der Frauen von sich aus nicht initiativ wurde und nicht mit einem Arzt Kontakt aufgenommen hat, um diese Frage zu besprechen [38]).

Einzelfalluntersuchungen lassen schließlich die Annahme zu, daß Störungen im sozialen Beziehungsgefüge und belastende Ereignisse für das Aussetzen der Verhütungsmaßnahmen verantwortlich sein können, genannt wurden: schwere Auseinandersetzungen mit dem Partner, Scheidung oder Trennung (ohne daß dann beim nächsten Koitus Verhütungsmethoden verfügbar wären), Kündigung des Arbeitsverhältnisses, Schwierigkeiten mit Vorgesetzten und Kollegen am Arbeitsplatz, Änderung der beruflichen Tätigkeit, finanzielle Belastungen, Umzug und alle weiteren Ereignisse, die unmittelbar oder mittelbar als bedrohend für die eigene Zukunft angesehen werden oder die Aufmerksamkeit „abziehen" können [39]).

8.3.7 Auslöser und Barrieren

Oft wird dann mit einem Vorsorgeverhalten begonnen, wenn irgendwelche „Auslöser" hierfür wirksam werden. Hierfür kommen in Frage: eine selbsterlebte unerwünschte Schwangerschaft; Angst, daß „etwas passiert"; Angst, die aus miterlebten negativen Erfahrungen von Verwandten und Bekannten resultiert; Berichte über derartige Ereignisse ohne persönliche Beziehung zu dem Betroffenen; schließlich allgemeine Informationen, die aber dann relativ wenig wirksam sein dürften, wenn sie nicht in besonders „sensible Phasen" fallen (z. B. Pubertät und Zeit des beginnenden Geschlechtsverkehrs; Zustand nach Geburt oder Abtreibung). Daraus ergibt sich auch eine besondere Sensibilität für Beratung in derartigen Phasen.

Allerdings verlieren derartige Auslöser im Laufe der Zeit ihre Wirksamkeit, z. B. indem eigene Erfahrungen Behandlungsweisen nahelegen, die den Erfordernissen der Vorbeugung geradezu widersprechen. Erfolgt beispielsweise bei einem Paar anfangs oder auch ausnahmsweise einmal der Koitus ohne Schutz, weil kontrazeptive Mittel nicht zugänglich waren, dann werden oft später auch keine Kontrazeptiva angewendet, weil kein unmittelbarer Anlaß zur Veränderung des Verhaltens gesehen wird; dabei nimmt die zu Beginn vielleicht noch empfundene Angst um so mehr ab, je länger „es gut geht", und sie kann schließlich ganz verschwinden, so daß sich sogar ein Gefühl der Sicherheit bei der Anwendung von völlig unzureichenden Methoden einstellen kann [40]).

Erschwerend wirken sich sogenannte „Barrieren" aus, z. B. die Scheu, kontrazeptive Mittel zu beschaffen, und damit die Tatsache sexueller Kontakte überhaupt zuzugeben; der erforderliche Aufwand, um diese Mittel zu beschaffen – wobei der subjektiv empfundene

[37]) Hinter beidem können sich natürlich auch andere Tatbestände verbergen, die einer psychodynamischen Betrachtungsweise bedürften.

[38]) Möglicherweise spiegelt sich darin die Vorstellung von medizinischen Laien wider, daß der Arzt für empfängnisverhütende Maßnahmen außer den im engeren Sinne medizinischen Methoden (also der Pille, Spirale, Spritze und der Sterilisation) nicht zuständig sei, daß man ihm eine Belästigung mit derartigen Fragen nicht zumuten könne oder daß dies ohnehin nicht in die ärztliche Kompetenz falle.

[39]) Zu dem entsprechenden Ansatz vgl. Dohrenwend und Dohrenwend 1974.

[40]) Faberij de Jonge 1972.

und nicht der objektive Aufwand entscheidungsrelevant wird –, befürchtete und/oder erlebte Unannehmlichkeiten, Beeinträchtigungen z. B. in sexueller Hinsicht und/oder gesundheitliche Gefährdungen; sowie erlebte „Neben"-Wirkungen.

8.3.8 Medizin und Empfängnisregelung

Auf das lange Zeit sehr reservierte Verhalten der Medizin gegenüber Problemen der Empfängnisverhütung wurde bereits hingewiesen. Es scheint sich in dieser Hinsicht zwar ein erheblicher Wandel angebahnt zu haben, doch wird insbesondere von psychologisch und sozialwissenschaftlich orientierten Untersuchern nach wie vor bemängelt, daß Mediziner bei ihren Beratungen überwiegend dem „technologischen" Bereich der Empfängnisverhütung Aufmerksamkeit widmen, während Anwendungsprobleme und die damit zusammenhängenden vielfältigen emotionalen, interaktionellen und sozialen Probleme weniger beachtet werden [41]). Dazu gehört auch das Phänomen der „iatrogenen Zurückweisung von Kontrazeptiva" [42]); damit ist die Tatsache gemeint, daß Patienten Methoden der Empfängnisverhütung dann besonders oft falsch anwenden oder ablehnen, wenn sie eine auch nur unbewußte Abwehr ihres Arztes gegenüber diesen Verfahren bemerken.

Es ist allerdings kaum eine Frage, daß auch die fortschrittlichere Medizin mit ihrer Propagierung der Kontrazeption soziale Kontrolle und normierende Zwänge ausüben kann [43]).

Dennoch besteht natürlich in weiten Bereichen eine gute Kooperation und ein enges Vertrauensverhältnis zwischen den Ärzten und den Paaren/Frauen, die eine Empfängnisverhütung wünschen. Je kleiner allerdings der Wohnort ist, um so stärker wird der Wunsch, eine Beratungsstelle außerhalb des eigenen Wohnorts besuchen zu können, um eine „anonyme" Beratung zu erhalten [44]).

8.3.9 Empfängnisverhütung vor ungewollten Schwangerschaften

Wie beschrieben, betreiben bestimmte Teile der Bevölkerung relativ häufig keine zuverlässige Empfängnisverhütung. Aber auch die Gruppen, die normalerweise sichere oder relativ sichere Methoden anwenden, durchlaufen zum größten Teil immer wieder längere oder kürzere Phasen, in denen sie nur unsichere Verhütungsmethoden anwenden. Da es dann besonders leicht zu ungeplanten Schwangerschaften kommt, ist es selbstverständlich, daß Personen mit unerwünschter Schwangerschaft und/oder einem Schwangerschaftsabbruch zuvor ein besonders schlechtes Vorsorgeverhalten gezeigt haben. Daraus lassen sich jedoch nicht oder nur sehr bedingt generelle Aussagen über das Verhütungsverhalten der Bevölkerung ableiten [45]).

Dennoch ist die Beratung über Empfängnisverhütung nach dem Eintreten unerwünschter Schwangerschaften und/oder Abtreibungen von großem Interesse, da in dieser Situation bei konsequenten Interventionen, z. B. die Chance bestünde, die Empfängnisverhütung für die Folgezeit zu verbessern.

Allerdings ist es nicht möglich, ausreichende und auch nur einigermaßen repräsentative Informationen über die Empfängnisverhütung zu erhalten, die betrieben wird, bevor es zu später abgebrochenen Schwangerschaften kommt. Verläßliche Zahlen liegen lediglich aus den holländischen Kliniken von STIMEZO vor [46]). Sie belegen, daß fast 50 % der betroffenen Frauen vor der eingetretenen Schwangerschaft keine Antikonzeption betrieben haben (13 % haben dabei allerdings praktisch kaum sexuelle Beziehungen gehabt); Coitus interruptus oder periodische Enthaltsamkeit verwendeten gut 10 %, regelmäßig das Kondom 8 %, Kondom in Verbindung mit periodischer Enthaltsamkeit 3,3 %.

Zur Verwendung der Pille ließ sich anhand von 20 500 Fällen feststellen: in knapp 60 % wurde die Pille überhaupt nicht angewendet; in 33 % befand sich die Frau gerade in der „Pillenpause" (auf medizinischen Rat in 18 %, auf eigene Initiative in 15 %); regelmäßige Anwendung der Pille wurde in 2 %, unregelmäßige Anwendung in 4,6 % und Verwendung der Minipille in 0,6 % angegeben.

Die Gründe für die mangelnde Antikonzeption dürften mit den allgemein genannten Gründen weitgehend identisch sein. Es fällt auch bei diesen Ergebnissen die große Bedeutung der Pillenpause und eine ähnliche Relation zwischen einer von der Frau selbst und einer vom Arzt veranlaßten Einnahmebeendigung auf, wie sie bereits geschildert wurde. Deutlich überrepräsentiert sind ledige Frauen und Mütter von mehr als drei Kindern [47]). Es sind dies Problemgruppen, die auch in der Beratungspraxis auffallen [48]).

8.4 Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsabbruch

Das Ziel der Empfängnisverhütung liegt darin, unerwünschte Schwangerschaften zu vermeiden. Es besteht allgemein die Hoffnung, daß mit zunehmender Verbreitung sicherer Methoden der Empfängnisverhütung unerwünschte Schwangerschaften seltener eintreten und daß aus diesem Grund der Schwangerschaftsabbruch überflüssig werden könnte.

Es muß jedoch gesehen werden, in welch außerordentlichem Maße psychosoziale Gegebenheiten eine konsequente und sichere Empfängnisverhütung beeinträchtigen. Das Idealziel – eine durchgängige und konsequente Empfängnisverhütung in der Bevölkerung mit der Auswirkung, daß ungeplante Schwangerschaften praktisch nicht mehr zustande kommen – kann

41) Nijs 1972.
42) Ebenda, vgl. auch Sandberg und Jacobs 1971.
43) Vgl. hierzu Sandberg und Jacobs 1971.
44) Infratest 1972, S. 83.
45) Vergleicht man nämlich die erwartete Anzahl von Schwangerschaften mit der Anzahl der infolge der natürlichen Fertilität möglichen Schwangerschaften, so muß man konstatieren, daß insgesamt eine sehr effiziente Empfängnisverhütung betrieben wird (Münz und Pelikan 1978), vgl. auch Kapitel 13.3.

46) Die folgenden Ergebnisse stammen von Brühne (1976) und beziehen sich auf rd. 25 700 deutsche Frauen, die 1974 bis 1975 in einigen STIMEZO-Kliniken behandelt wurden. Bei diesen handelt es sich um ca. ein Viertel aller deutschen Frauen, die in dem betreffenden Zeitraum holländische Abortuskliniken in Anspruch nahmen.
47) Dies sind hauptsächlich ältere Frauen, deren Schwierigkeiten mit einer effizienten Kontrazeption bereits beschrieben wurden.
48) Vgl. dazu Kapitel 4.3.6.1.

daher zumindest für absehbare Zeit als utopisch bezeichnet werden. Dies insbesondere auch dann, wenn die Probleme der Diskontinuität der Empfängnisverhütung berücksichtigt werden, die am Problem der Pillenpause analysiert worden sind und die eine konsequente Empfängnisverhütung in vielfältiger Weise beeinträchtigen.

Da Frauen ihr Selbstverständnis nicht mehr ausschließlich aus der Erfüllung durch die Mutterschaft beziehen, ist zu erwarten, daß an die Zuverlässigkeit der Kontrazeption, die den Freiheitsraum der Frau vergrößert, zunehmend höhere Anforderungen gestellt werden. Je mehr dieses Ziel, über den Zeitpunkt der Geburt eines Kindes selbst bestimmen zu können, durch effiziente Methoden der Empfängnisregelung erreichbar wird, desto größer dürften auch die Ansprüche an die Sicherheit der Empfängnisregelung werden und desto größer dürfte die Tendenz werden, ungeplante, durch Versager der Empfängnisverhütung entstandene Schwangerschaften nicht im Nachhinein zu akzeptieren, sondern weiterhin abzulehnen. Von daher ist ein möglicher Einfluß der angewendeten Verhütungsmethoden mit ihrer je unterschiedlichen Sicherheit auf die Einstellung zum § 218 für dessen künftige Entwicklung von besonderem Interesse.

Dazu kann festgestellt werden: Je restriktiver die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch ist, desto häufiger werden unsichere oder überhaupt keine und desto seltener werden sichere Verhütungsmethoden angewendet, umgekehrt bedeutet dies: je sicherer die angewendeten Verhütungsmethoden sind, desto häufiger wird die Reform des § 218 als unzureichend bezeichnet [49]). Entscheidend ist in diesem Zusammenhang die Intensität der Kirchenbindung, bei hoher Kirchenbindung werden eher unsichere Verhütungsmethoden angewendet und restriktive Auffassungen zum Schwangerschaftsabbruch vertreten, bei geringer oder nicht vorhandener Kirchenbindung werden dagegen eher sichere Verhütungsmethoden angewendet und die Reform des § 218 als unzureichend angesehen.

Diese Ergebnisse sprechen dafür, daß Personen, die sichere Verhütungsmethoden anwenden, kaum bereit sein dürften, sich in „ihre" Entscheidung über einen möglichen Schwangerschaftsabbruch „hineinreden" zu lassen, was ja besonders aktuell wird, wenn die verwendeten Methoden versagen. Bestätigt wird dies durch die Repräsentativerhebung über die Einstellung der Bevölkerung zum § 218 StGB [50]), die ergab, daß bei den Befürwortern einer liberalen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs Befragte ohne Konfessionszugehörigkeit oder Kirchenbindung sehr stark vertreten waren. Offenbar haben diese Personen ein hohes Bedürfnis nach selbstbestimmter Zukunftsplanung, die sich sowohl in der häufigeren Anwendung sicherer Verhütungsmethoden als auch in der Ablehnung restriktiver Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs widerspiegeln. Dem entspricht die Feststellung [51]), daß Frauen, die eine besonders überlegte Geburtenkontrolle betreiben und dabei wenig „Planungsspannen" haben, sich für den Fall einer ungeplanten Schwangerschaft kurzfristig und begründet entscheiden, entweder dieses Kind voll zu akzeptieren oder aber die Schwangerschaft abzubrechen. Demgegenüber gibt es eine andere Gruppe von Frauen, die eine kürzere Schulausbildung erfahren, häufig keinen Beruf erlernt haben und die wesentlich weniger systematische Planungstechniken anwenden; diese Frauen weisen eine geringere Unsicherheitstoleranz auf und durchlaufen eine charakteristische Überraschungsphase, die letztlich ihren geringeren Zukunftsbezug widerspiegelt und ihre Unsicherheit in dieser Situation dokumentiert.

Nun wird häufig die Befürchtung geäußert, daß eine Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs zu einer Vernachlässigung der Empfängnisverhütung führen könne. Dies mag sicherlich bei einer relativ kleinen Anzahl von Frauen der Fall sein. Diese wägen die Risiken des (wie sie meinen: selten notwendigen) Schwangerschaftsabbruchs gegen die (wie sie glauben: relativ höheren) Risiken und Unannehmlichkeiten einer permanent betriebenen Empfängnisverhütung ab und geben dabei dem Schwangerschaftsabbruch den Vorzug [52]). Es handelt sich hierbei jedoch ganz offenkundig um keine sehr weitverbreitete Einstellung, zumal im allgemeinen auch noch andere Barrieren (insbesondere moralischer Art) gegenüber einem vermeidbaren Schwangerschaftsabbruch bestehen.

Entsprechend konnte festgestellt werden [53]), daß der Schwangerschaftsabbruch in Relation zu Methoden der Empfängnisverhütung durchschnittlich außerordentlich schlecht eingeschätzt wird:

— Beim Schwangerschaftsabbruch werden am ehesten körperliche Schäden befürchtet.
— Die Möglichkeit, später ohne Risiko wieder schwanger werden zu können, wird nur (ganz realistischerweise) bei einer Sterilisation als geringer angesehen; allerdings schneiden in diesem Motivbereich die Spirale, Spritze und Schaum/Zäpfchen ähnlich ungünstig ab wie der Schwangerschaftsabbruch. Deutlich geringere Gefahren werden bei der Pille gesehen. Kondome, periodische Enthaltsamkeit und „keine Verhütung" schneiden hier am günstigsten ab.
— Der Schwangerschaftsabbruch tangiert am ehesten das seelische Gleichgewicht. Er schneidet hier sogar deutlich schlechter als die Sterilisation ab.
— Der Aufwand, der gesehen wird, um den Schwangerschaftsabbruch zu erreichen, ist nur vergleichbar mit dem erwarteten Aufwand zur Durchsetzung der Sterilisation; alle anderen Methoden schneiden günstiger ab.
— Auch das Einverständnis des Partners für den Schwangerschaftsabbruch wird als gering eingeschätzt.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß der Schwangerschaftsabbruch als die mit Abstand schlechteste Möglichkeit zur Vermeidung einer Geburt eingestuft wird, und daß jede einzelne Methode der Empfängnisverhütung günstiger abschneidet. Damit können Vorstellungen einer generellen „Abtreibungsmentalität" nicht bestätigt werden, man muß vielmehr davon ausgehen, daß der Schwangerschaftsabbruch lediglich als die letztmögliche Maßnahme angesehen wird.

[49]) Dieses Ergebnis ist hochsignifikant (Oeter 1978)
[50]) Vgl. Kap. 12.2.2.
[51]) Vgl. Pohl (1978) Kapitel 13.3.
[52]) Entsprechende Einstellungen werden von S. Luker (1975) aus den USA berichtet.
[53]) Oeter (1978).

8.5 Beratung zur Empfängnisverhütung

Es ist kein isoliertes Faktum, daß Personen mit ungünstigen sozialen Voraussetzungen (niedriger Schulabschluß, geringes Pro-Kopf-Einkommen, keine Berufstätigkeit oder Erwerbstätigkeit als Arbeiterin), ältere Frauen und Frauen aus kleinen Wohngemeinden häufiger unsichere Methoden anwenden, vielmehr spiegelt sich dies auch in anderen Bereichen des Vorsorgeverhaltens wider. Von daher wird deutlich, daß das präventive Verhalten im Bereich der Empfängnisregelung Ergebnis der generellen Lebenssituation und der zurückliegenden Sozialisationschancen ist. Es ist daher zu erwarten, daß Interventionsversuche gerade bei diesen Personengruppen von begrenzter Wirkung bleiben. Um so wichtiger erscheint es, „sensible Phasen" auszunutzen, z. B. nach Geburten ungeplanter Kinder oder erst recht nach Schwangerschaftsabbrüchen; es stellt sich die Aufgabe einer „Rezidivprophylaxe", deren Notwendigkeit in anderen Bereichen der Medizin stärker gesehen wird. Entsprechende Angebote müssen natürlich auch Geburten geplanter Kinder gemacht werden.

Eine weitere sensible Phase stellt der Eintritt in das Alter dar, in dem sexuelle Beziehungen aufgenommen werden. Gerade in dieser Phase dürfte durch Sexualpädagogik etc. eine besonders erfolgreiche Interventionsmöglichkeit, und damit die Herstellung des Gefühls der verantwortlichen Elternschaft wie der verantwortlichen Empfängnisverhütung, bestehen. Einen Hinweis in dieser Richtung geben die weiter oben beschriebenen Unterschiede im kontrazeptiven Verhalten in Abhängigkeit vom Alter der Befragten, die zum großen Teil sicherlich Generationeneffekte sind und darauf beruhen, daß in dieser spezifischen sensiblen Phase anderes „Know-how" und andere Normen vermittelt wurden.

Es ist jedoch nötig, die Grenzen der Präventionsmöglichkeit im Auge zu behalten, um keine unrealistischen Erwartungen hinsichtlich der Vermeidbarkeit unerwünschter Schwangerschaften aufkommen zu lassen.

Die Beratung über Familienplanung ist im Zusammenhang mit der Schwangerschaftskonfliktberatung nur bedingt erfolgversprechend, da Familienplanung – wie bereits mehrfach ausgeführt – nicht nur ein Wissen von den medizinischen Möglichkeiten der Empfängnisverhütung/Empfängnisförderung voraussetzt, sondern nach einer partnerschaftlichen Beziehung verlangt, in der planungsrelevante Beziehungsprobleme einer rationellen Bearbeitung prinzipiell zugänglich sind.

Sofern sich in der Schwangerschaftskonfliktberatung zeigt, daß aus reiner Unwissenheit über Vorhandensein und Anwendbarkeit bestimmter Kontrazeptiva ungewollte Schwangerschaften entstehen, ist es möglich und notwendig, dieses Informationsdefizit – in bezug auf die persönliche Situation der Ratsuchenden – im Rahmen der Beratung nach § 218 b aufzuarbeiten. Man erreicht auf diese Weise einen Teil der Zielgruppe, der aufgrund beschränkter Zugangsmöglichkeiten sonst kaum über Möglichkeiten der Empfängnisregelung beraten werden könnte. In den Fällen allerdings, in denen nicht nur die Unwissenheit über Kontrazeptionsmöglichkeiten oder der leichtfertige Umgang mit diesen Mitteln Auslöser für den Schwangerschaftskonflikt ist, bilden in der Regel tiefergehende Beziehungsstörungen den Basiskonflikt, der in der Beratung über Familienplanung mitzuberücksichtigen wäre. Dies im Rahmen einer unter Zeitdruck stehenden Beratung nach § 218 b aufzuarbeiten ist nur in den seltensten Fällen möglich.

Die derzeitige Praxis der Beratung über Familienplanung im Rahmen der Beratung nach § 218 b ist sowohl unter den Trägern, aber auch innerhalb eines Trägerbereichs in dem Punkt einheitlich, daß eine Aufklärung über Verhütungsmethoden zur Verhinderung (weiterer) ungewollter Schwangerschaften geleistet wird. In katholischen Beratungsstellen geraten die Berater damit allerdings z. T. in Gegensatz zu amtskirchlichen Stellungnahmen [54]). Für den gläubigen Ratsuchenden kann die Unsicherheit darüber, ob er sich für Verhütungsmethoden entscheiden darf, die von seiner Kirche nicht gutgeheißen werden, durch die Beratung möglicherweise nicht aufgehoben werden.

Daß sich die Familienplanungs- und Sexualberatung in katholischen Beratungsstellen in einem moraltheolgischen Spannungsverhältnis bewegt, soll allerdings nicht verdecken, daß es auch innerhalb der anderen Trägerbereiche partiell zu Beratungen kommt, die überholten Aufklärungs- und Bewußtmachungsideologien nachhängen.

Auch die statistischen Angaben des Modellprogramms geben keine Auskunft darüber, welche Art der Familienplanung mit welchem Inhalt zu welchem Ergebnis geführt hat bzw. führen könnte.

Die Erkenntnis, daß der Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten zur verantwortlichen und partnerschaftlichen Familienplanung bereits in der Kindheit grundgelegt werden muß, verweist auf die Notwendigkeit, beraterische Anstrengungen stärker im Bereich der Familie und der Schule zu verankern.

8.6 Sexualaufklärung und Sexualerziehung

Entscheidend für die Fähigkeit, mit der eigenen Sexualität umgehen zu können, ist, ob und wie dem einzelnen diese Sexualität in seinem Erziehungsprozeß nahegebracht wurde.

Sexualaufklärung und Sexualerziehung, oft synonym gebfaucht, bezeichnen prinzipiell unterschiedliche Arten der sexuellen Unterweisung.

8.6.1 Begriffsbestimmung

Als Sexualaufklärung wird in der Regel der ein- oder mehrmalige Akt der Informationsweitergabe bezeichnet, in dem das Kind mit den biologischen Grundtatsachen der Sexualität vertraut gemacht werden soll. Hiermit kann eine moralisch wertende Weitergabe von Normen verbunden sein, die dem Kind die Grenzen seines Handelns aufzeigen soll.

Für die Sexualerziehung als Teil der Gesamterziehung sind zwei Grundpositionen denkbar. Bei der einen wird davon ausgegangen, daß Sexualität nicht kindgemäß ist und daß das Kind deshalb möglichst lange davor bewahrt und behütet werden muß.

Im anderen Fall wird Sexualerziehung als kontinuierliche sexuelle Unterweisung während des gesamten

[54]) Enzyklika ‚Humanae Vitae' und ‚Wort der deutschen Bischöfe zur seelsorglichen Lage" vom 30. August 1968.

Entwicklungsprozesses gesehen. Zwischen diesen beiden Grundpositionen gibt es ein breites Spektrum von unterschiedlichen Ansätzen.

Eine Sexualerziehung, die sich positiv auf das spätere familienplanerische Verhalten und die Fähigkeit zur Lösung von Schwangerschaftskonflikten auswirkt, kann sich nicht auf einen Akt der Sexualaufklärung beschränken.

Auch die noch so präzise Weitergabe aller Fakten allein bewirkt wenig. Die Kenntnis der Techniken der Kontrazeption bzw. der Möglichkeiten des Schwangerschaftsabbruchs im Rahmen des reformierten § 218 StGB garantiert noch kein geplantes und bewußtes Verhalten.

Sexualerziehung sollte vielmehr die momentanen Bedürfnisse und Interessen der Heranwachsenden berücksichtigen und so in ein erzieherisches Konzept integriert werden. Ziel dieser Sexualerziehung ist die Befähigung zu einer angstfreien, autonomen und verantwortungsbewußten Umgang mit der eigenen Sexualität. Es darf keine Norm und kein Verhalten als allein gültig dargestellt werden, sondern herrschende Normen müssen durchsichtig und damit für den einzelnen begreifbar gemacht werden [55]).

Erst wenn in einer Sexualerziehung schon früh solche generativen Verhaltensweisen gebildet werden, die dem einzelnen die Entscheidungsgewalt über sein Tun ermöglichen, kann die Zahl der ungewollten Schwangerschaften gesenkt werden. Es ist wichtig, daß hierbei alle an der Sexualerziehung Beteiligten ihren aufeinander abgestimmten Beitrag leisten.

Von großer Bedeutung ist es auch, daß beide Geschlechter in gleicher Weise angesprochen werden. Es muß bewußt gemacht werden, daß Kontrazeption und Familienplanung in der Verantwortung beider Partner liegen, daß von einem Schwangerschaftskonflikt beide Partner betroffen sind und zu einer Lösung beitragen müssen.

8.6.2 Der Einfluß der Familie

Maßgebend und richtungsweisend für die sexuelle Erziehung und Entwicklung des Kindes ist die Familie. Die Sexualerziehung ist Teil der Gesamterziehung, sie formt und beeinflußt ein Kind von Geburt an. In den ersten Jahren des menschlichen Lebens sind es hauptsächlich die Eltern, die das Kind erziehen. In der Familie finden die Kinder den emotionalen Raum, in dem Gefühle und intime Beziehungen erlaubt und sogar gefordert sind. Im engen körperlichen Kontakt zu den Eltern und in nonverbalen Interaktionen erhält schon das kleine Kind wichtige Informationen über das ‚richtige' sexuelle Verhalten.

Die Eltern kennen den Entwicklungsstand ihres Kindes und können so den richtigen Zeitpunkt und die beste Art der Ansprache für eine bewußte Sexualerziehung herausfinden. Aus diesem Grund könnten sie auch für den Jugendlichen die besten Berater bei sexuellen Fragen und Problemen sein.

Die sexuelle Sozialisation im Elternhaus verläuft in den meisten Fällen jedoch nicht so ideal. Dies zeigt sich daran, daß viele Jugendliche nicht willens und fähig sind, sexuelle Probleme mit ihren Eltern zu diskutieren, und bestätigt sich durch die große Zahl der Erwachsenen, die mit Problemen in der Sexualität nicht fertig werden.

So ist ein großer Teil der ungewollten Schwangerschaften auf eine unzureichende Sexualerziehung in der Familie zurückzuführen.

Die Gründe für das Versagen sind vielfältig. Schon die Vermittlung vermeintlich simpler biologischer Grundtatsachen durch die Eltern geschieht in vielen Fällen nicht oder nur unzureichend, eigene Unkenntnis und Scham behindern oft auch die bloße Sexualaufklärung. Hier zeigt sich die zweifache Schwierigkeit vor der Eltern in der Sexualerziehung stehen, zum einen lassen sich Hemmungen auch trotz besseren Wissens nicht einfach beiseite schieben, zum anderen fehlt vielen Eltern – auch wenn sie über die Fakten Bescheid wissen – die Fähigkeit, ihren Kindern dieses Wissen altersgemäß vermitteln zu können.

Für die sexuelle Entwicklung des Kindes, das sich ja auch am Verhaltensvorbild der Eltern orientiert, ist es problematisch, wenn die Handlungen der Eltern nicht mit ihren verbalen Äußerungen übereinstimmen, wenn also die ambivalente Grundeinstellung der Eltern zur Sexualität in einer widersprüchlichen Erziehung zutage tritt. Für eine positive Sexualerziehung in der Familie ist mehr nötig als der Vorsatz der Eltern, für ihr Kind das Beste zu wollen. Es ist daher wichtig, Eltern in ihrer Sexualerziehung so zu unterstützen, daß sie ihren Kindern auf diesem Gebiet eine wirkliche Hilfe sein können. Es müßte die Aufgabe der Eltern- und Familienbildung sein, den Eltern Möglichkeiten anzubieten, ihre eigenen sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen zu reflektieren, um ihren Kindern unbefangene Gesprächspartner zu sein.

8.6.3 Die Aufgabe der Schule

Die Schule hat die Aufgabe, die offensichtlich bei den meisten Schülern vorhandenen Informationslücken zu schließen, darüber hinaus jedoch auch eigenständige Konzepte der Sexualaufklärung, integriert in den schulischen Lehrplan, zu entwickeln.

Seitdem Sexualerziehung aufgrund von Erlassen offizieller Teil des Unterrichts in der Schule ist, gibt es Befürchtungen der verschiedensten Gruppen, daß hiermit die Kompetenzen der Schule überschritten bzw. die Rechte der Eltern eingeschränkt würden.

8.6.3.1 Empfehlungen der Kultusminister

So wird denn auch in den Empfehlungen der Kultusminister zur Sexualerziehung aus dem Jahre 1968 gleich im zweiten Absatz festgestellt, daß die Sexualerziehung in erster Linie Aufgabe der Eltern sei. „Die Schule ist aufgrund ihres Bildungs- und Erziehungsauftrages verpflichtet, bei dieser Aufgabe mitzuwirken" [56]).

Obwohl sich diese Einstellung auch in den folgenden Jahren nicht grundlegend verändert hat und in entsprechender Form in den Richtlinien der Länder zur

[55]) Dies ist gerade heute wichtig, da Ansätze sexueller Liberalisierung für ökonomische Zwecke mißbraucht werden.

[56]) Beschluß der Kultusministerkonferenz vom 3. Oktober 1968, Empfehlungen zur Sexualerziehung in den Schulen.

Sexualerziehung verankert worden ist, gab (und gibt) es Eltern, die ihr Grundrecht auf Erziehung beeinträchtigt sehen.

8.6.3.2 Urteil des Bundesverfassungsgerichts

Das Bundesverfassungsgericht stellte hierzu fest, daß die individuelle Sexualerziehung „in erster Linie zu dem natürlichen Erziehungsrecht der Eltern im Sinne des Artikel 6 Abs. 2 GG" gehört; der Staat jedoch „aufgrund seines Erziehungs- und Bildungsauftrages (Artikel 7 Abs. 1 GG) berechtigt" ist, „Sexualerziehung in der Schule durchzuführen" [57]).

Das Gericht gesteht dem Staat zu, in der Schule „grundsätzlich unabhängig von den Eltern eigene Erziehungsziele verfolgen" zu können. „Der allgemeine Auftrag der Schule zur Bildung und Erziehung der Kinder ist dem Elternrecht nicht nach-, sondern gleichgeordnet" [58]). Es geht davon aus, daß die Grundlage jeder vernünftigen Sexualerziehung zunächst die Wissensvermittlung ist [59]). Hierbei soll es sich um „reine Informationen über Tatsachen vor allem biologischer, aber auch sozialer und anderer Art aus dem Bereich der menschlichen Sexualität" handeln. Diese biologischen und anderen Fakten aus dem sexuellen Bereich sollen in engem Zusammenhang mit dem jeweils dargebotenen Unterrichtsstoff stehen.

Das Gericht sieht die nüchterne Wissensvermittlung als dazu geeignet an, das Informationsbedürfnis des Kindes zu befriedigen, so daß es nicht in unkontrollierbare Bahnen gelenkt und das Kind vor sexuellen Gefahren geschützt wird [60]).

„Auf der Kenntnis der Tatsachen und Vorgänge im Sexualbereich baut die eigentliche Sexualerziehung auf." Das Endziel dieser Erziehung soll der sich seiner sexuellen Verantwortung bewußte mündige Mensch sein, „der die notwendige Urteilskraft für Entscheidungen in diesem Bereich besitzt, sich zugleich aber auch seiner Bindung in bezug auf Partnerschaft bewußt wird" [61]).

Kommentare, die davon ausgehen, daß nach dem Beschluß des Bundesverfassungsgerichts in der Schule nur noch Fakten vermittelt werden dürfen, sind also Fehlinterpretationen. Bei der Entscheidung zwischen Aufklärung und Sexualerziehung geht es nicht darum, daß das eine gestattet ist und das andere nicht, sondern vielmehr darum, daß über die Einführung einer Sexualerziehung und ihre wesentlichen Inhalte die Länderparlamente zu entscheiden haben und nicht wie bisher die Kultusministerien [62]).

Die Sexualerziehung in der Schule muß nach dem Beschluß des Bundesverfassungsgerichts offen sein für die verschiedenen Wertvorstellungen auf diesem Gebiet und jeden Versuch der Indoktrination der Jugendlichen unterlassen [63]). Das bedeutet nicht den Verzicht auf jede Wertorientierung, die notwendig ist, wenn der Heranwachsende die vom Verfassungsgericht postulierte Urteilskraft erreichen soll, die Richter wenden sich lediglich gegen eine Erziehung, die bestimmte Werte und Normen ohne Chance der Diskussion als allein gültige vermittelt.

8.6.3.3 Probleme in der Schulpraxis

Die Einbeziehung der Sexualerziehung in die Lehrpläne ist in der Praxis nicht ohne Probleme.

Vielen Lehrern bereitet die schulische Sexualerziehung sowohl persönliche als auch fachliche Schwierigkeiten [64]). Auch wenn sie einer Sexualerziehung durchaus positiv gegenüberstehen, sind sie oft nicht in der Lage, entsprechende Themen im Unterricht zu behandeln. Zahlreichen Lehrern fehlt es an der sexualpädagogischen Ausbildung [65]), darüber hinaus haben viele von ihnen in ihrer Jugend ebenfalls eine repressive Sexualerziehung erfahren und können nicht einfach kraft eines pädagogischen Amtes und Auftrages Scham und Ängste mit einem Mal ablegen. Hinzu kommt, daß einige Richtlinien zur Sexualerziehung nur wenig aussagekräftig sind und sich mit der Formulierung von Globalzielen begnügen. Auch die Empfehlungen zu den einzelnen Fächern, in denen sexualkundliche Themen behandelt werden sollen, sind dem Lehrer oft keine hinreichende Hilfe.

Es liegt so meist an der Bereitschaft und dem Engagement des einzelnen Lehrers, was für eine Sexualerziehung der Schüler erhält.

8.6.3.4 Richtlinien der Länder

In den Richtlinien der Länder zur Sexualerziehung – erschienen zwischen 1967 (Hessen) und 1974 (NRW) – wird festgelegt, nach welchen Grundsätzen und in welcher Weise die Aufgabe der Sexualerziehung in den Schulen gelöst werden soll [66]).

Die Frage der Familienplanung wird in allen Richtlinien angesprochen. Die Behandlung im Unterricht soll meist ab ca. dem 7. Schuljahr beginnen und im 9. bzw. 10. Schuljahr abgeschlossen sein. In den weiterführenden Schulen soll eine Vertiefung des Stoffes erfolgen. Unterschiedlich ist der Zusammenhang, in dem die Kontrazeptionsthematik im Unterricht behandelt werden soll, ob also Kontrazeptiva als Mittel der Familienplanung in der Ehe oder als Mittel zur Ermöglichung einer verantwortungsbewußten Sexualität vorgestellt werden sollen (z. B. Saarland 1971, Familienplanung und Empfängnisregelung aus verantwortlicher Elternschaft; Hamburg 1970, Familienplanung aus verant-

---

57) Beschluß des Ersten Senats vom 21. Dezember 1977, Leitsätze.

58) Ebenda S. 30.

59) Vgl. den Beschluß des BVerfG zur Sexualerziehung, S. 23.

60) Ebenda S. 24.

61) Ebenda S. 25.

62) Vgl. Pacharzina 1978.

63) BVerfGbeschluß, Leitsätze.

64) Vgl. Fischer 1971, S. 15.

65) Betrachtet man das Angebot der Hochschulen an sexualwissenschaftlichen und sexualpädagogischen Veranstaltungen, so wird deutlich, daß dem Auftrag der KMK-Empfehlungen zur Sexualerziehung, Aus- und Fortbildungsveranstaltungen für Lehrer vermehrt anzubieten, immer noch nicht entsprochen worden ist. Ein kleines Angebot solcher Veranstaltungen trifft auf eine Vielzahl von Studenten. An vielen Hochschulen finden überhaupt keine Seminare oder Vorlesungen statt. (Vgl. Albrecht-Desirat / Pacharzina 1977 und Balachamis 1977.)

66) Aufgabe der Richtlinien ist es sicher nicht, vollständige Curricula aufzustellen und die Behandlung jedes Themas im Unterricht bis ins Detail zu beschreiben. Es werden aber Lerninhalte und der Zeitpunkt, an dem diese im Unterricht vermittelt werden sollen, benannt.

wortlicher Elternschaft / Berlin 1970, Erarbeitung von Empfängnisverhütung, Abtreibung, Geburtenregelung ... und Bremen 1969, Empfängnisverhütung im Themenkomplex sozialethischer Fragen).

Weit weniger ausführlich wird das Thema „Schwangerschaftsabbruch" behandelt. Da alle Richtlinien vor 1975 erschienen sind, konnte die Reform des § 218 nicht mehr berücksichtigt werden. Dies hat zur Folge, daß die Behandlung des Schwangerschaftsabbruchs im Unterricht nach den Richtlinien vieler Länder primär in Hinblick auf die strafrechtlichen Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs erfolgen soll (z. B. Richtlinien Schleswig-Holstein von 1968 und Baden-Württemberg von 1969).

In einigen Richtlinien ist das Thema Schwangerschaftsabbruch Themenkomplexen zugeordnet, die eine Diskussion anderer Apsekte ebenfalls zulassen (z. B. Rheinland-Pfalz 1970, ‚Abtreibung' unter dem Thema Verhalten der Geschlechter, und Berlin 1970, Erarbeitung von Empfängnisverhütung, Abtreibung, Geburtenregelung ...).

Obwohl natürlich bei der Themenvergabe ‚Familienplanung aus verantwortlicher Elternschaft' oder bei der Einordnung des Schwangerschaftsabbruchs als strafrechtliches Problem auch die Diskussion der anderen Aspekte dieser Themen möglich ist, muß befürchtet werden, daß gerade der im Bereich der Sexualpädagogik unsichere Lehrer seinen Unterricht getreu dem Wortlaut der Richtlinien aufbauen wird und daß so wesentliche Aspekte dieser Thematik im Unterricht nicht behandelt werden.

Fragen der Familienplanung und der Schwangerschaftskonfliktbewältigung haben eine so große Bedeutung für das spätere angstfreie Erleben der Sexualität und für das Leben und die Auseinandersetzung mit anderen, daß dies schon in den Richtlinien eine entsprechende Beachtung, Betonung und Absicherung finden sollte.

Das Problem ist, daß es unter den beschriebenen Schwierigkeiten verstärkt zu einer Betonung reinen Fakten-Wissens kommt, daß dagegen die emotionalen Anteile der Sexualität ausgeklammert werden. Ein zusätzliches Problem an Berufsschulen ist, daß für den berufskundlichen Unterricht nur eine sehr geringe Stundenzahl zur Verfügung steht, in der eine sinnvolle Sexualerziehung nur schwer durchführbar ist.

Unter diesen Voraussetzungen kommt der Arbeit in Jugendgruppen eine besondere Bedeutung zu.

8.6.4 Jugendarbeit

Die Jugendarbeit als eigenständige Erziehungsinstitution, „die außerhalb von Familie und Schule vorwiegend im Freizeitbereich der Heranwachsenden angesiedelt ist ..." [67]), hat folgende Vorteile:

— die freiwillige Teilnahme aller Beteiligten
— die freie Gestaltungsmöglichkeit (keine starren Grenzen und vorgegebene, zu vermittelnde Inhalte und Ziele)
— ein partnerschaftliches Verhältnis zum Gruppenleiter
— die homogene Gruppen- oder Interessenstruktur, wie sie sich ergibt, wenn die Gruppenmitglieder freiwillig zusammenkommen

Die Arbeit in Jugendgruppen ist die letzte Möglichkeit, Jugendlichen, die keine Schule mehr besuchen, eine sexualpädagogische Hilfe zu bieten, ohne daß sie diese Hilfe gezielt suchen und die Schwellenangst gegenüber einer Beratungsstelle überwinden müssen.

8.6.5 Medien

Ob der Heranwachsende die Möglichkeit einer im Freizeitbereich angesiedelten Hilfe für seine sexuellen Fragen und Probleme erhält, ist abhängig von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schicht, vom Wohnort und vom vorhandenen Angebot. Nahezu alle Jugendlichen werden hingegen durch die verschiedenen Medien angesprochen. Viele Jugendliche bevorzugen Bücher und Zeitschriften als Quelle von Sexualinformationen, ein Indiz für Kommunikationsbarrieren, die es dem Heranwachsenden erschweren, seine sexuellen Sorgen und Probleme mit Personen seines Vertrauens zu besprechen. Daß eine Sexualaufklärung durch Zeitschriften, Bücher, Fernsehen usw. nicht ausreichen kann, liegt auf der Hand.

Indem durch verschiedene Meiden (z. B. Aufklärung und Ratgeberseiten in manchen Illustrierten) überholte Normen und Klischees in moderner Verpackung verbreitet werden, tragen manche Informationsvermittler sogar noch zur Verunsicherung des einzelnen bei.

---

[67]) Kentler 1976, S. 166.

9 Erfahrungen der betroffenen Frauen mit der Strafrechtsreform

Als ‚betroffen' von der Strafrechtsreform können solche Frauen bezeichnet werden, die seit Inkrafttreten des Gesetzes eine Schwangerschaft abbrechen wollten. Ende des Jahres 1978 und damit 30 Monate nach der Neuregelung verfügten ca. 300 000 Frauen über Erfahrungen mit einem Schwangerschaftsabbruch. Wie groß die Anzahl derjenigen Frauen ist, die in einer Phase ihrer Schwangerschaft an einen Abbruch gedacht, diesen dann aber nicht durchgeführt haben, kann auch nicht annähernd geschätzt werden.

9.1 Schwierigkeiten der Datenerhebung

Verallgemeinerungsfähige empirische Daten sind aus psychologischen und soziologischen Gründen nur schwer zu erheben. Zum einen besteht trotz einer breiten Diskussion zur Strafrechtsreform in den öffentlichen Medien immer noch ein Gesprächstabu über den Schwangerschaftsabbruch. Die ‚öffentliche' Mitteilung auch eines legal durchgeführten Schwangerschaftsabbruches ist oft noch mit Diskriminierungen für die betroffene Frau verbunden. Die emotional belastenden Erfahrungen eines Schwangerschaftsabbruches werden verdrängt und Gespräche darüber vermieden. Die psychologische Barriere zur Mitteilung eigener Erfahrungen wird verstärkt durch eine skeptische politische Einschätzung der Chancen einer weiteren Liberalisierung durch den Gesetzgeber. Während vor der Reform des § 218 ein breites politisches Engagement der Öffentlichkeit festzustellen war, scheinen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes viele Frauen die Hoffnung aufgegeben zu haben, durch die Mitteilung eigener Erfahrungen eine Gesetzesänderung herbeiführen zu können. Während Helge Pross in einem nur zweimal in der Zeitschrift Stern veröffentlichten Aufruf im Jahre 1966 insgesamt 1340 Zuschriften bekam, meldeten sich auf 13 im Jahre 1978 veröffentlichte Aufrufe in Rundfunk, Fernsehen (Ratgeber Gesundheit, ARD) und in sieben Zeitschriften bzw. Illustrierten (u. a. auch im Stern) nur insgesamt 491 Frauen. Von den eingegangenen Briefen bezogen sich 380 auf Erfahrungen nach der Reform des § 218.

Zur Beurteilung der Erfahrungen betroffener Frauen in der Bundesrepublik Deutschland nach der Reform des § 218 wurde im Auftrage der Kommission ein Forschungsprojekt durchgeführt [1]).

9.2 Psychosoziale Entstehungsbedingungen von Schwangerschaftskonflikten

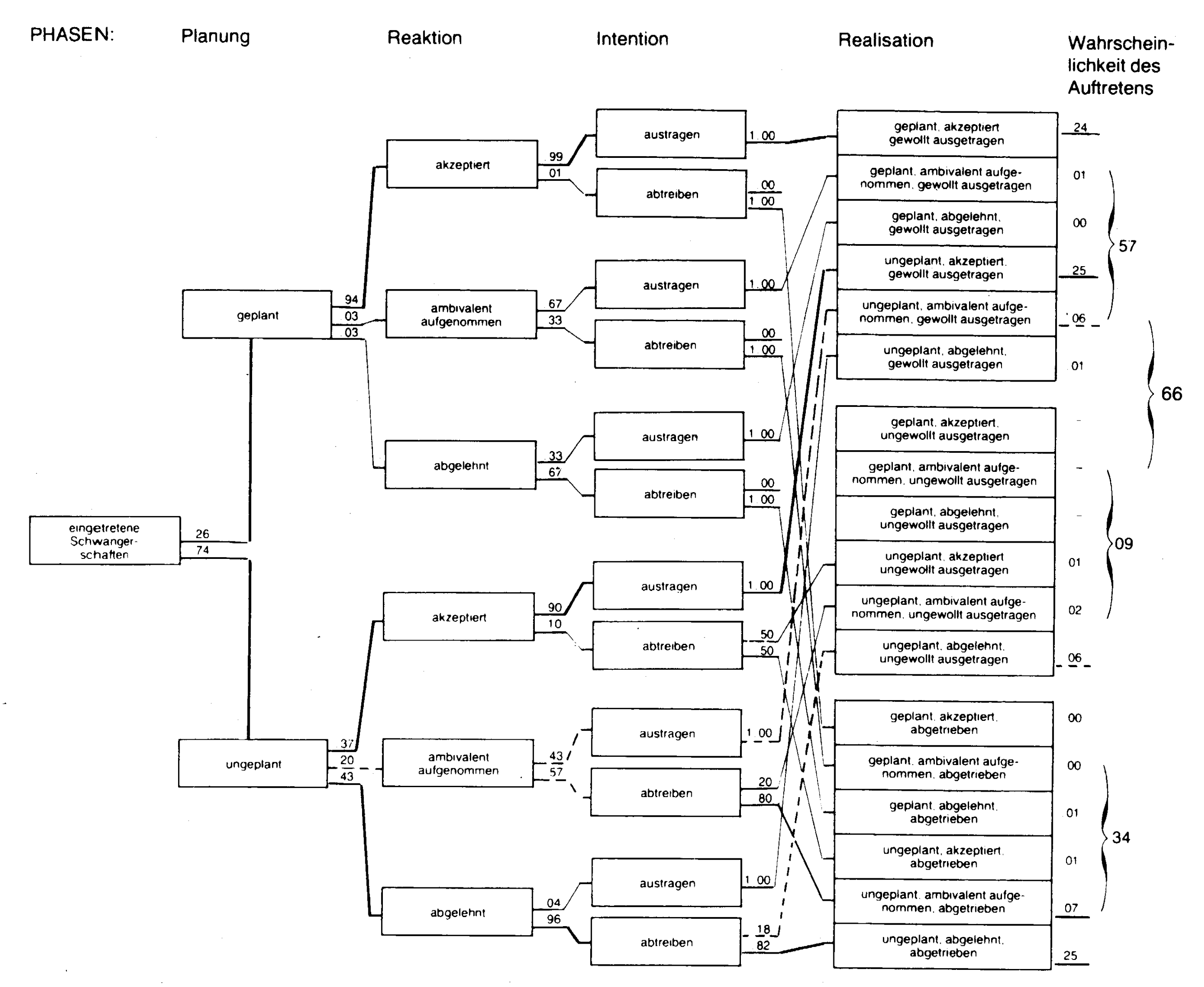
Ein Schwangerschaftskonflikt definiert sich dadurch, daß eine schwangere Frau sich vor die Entscheidungsalternative gestellt sieht, das Kind auszutragen oder die Schwangerschaft abzubrechen bzw. abbrechen zu lassen. Die Voraussetzung ist also eine ungewollte Schwangerschaft, die in der Regel auf eine unwirksame Empfängnisverhütung zurückzuführen ist [2]).

Münz und Pelikan haben als Ergebnis einer Befragung von 355 Frauen verschiedene Phasen einer Schwangerschaft als mehrstufigen Entscheidungsprozeß schematisch dargestellt.

---

[1]) J. v. Troschke, A. Hendel-Kramer, E. Werner, M. Herzog: Erfahrungen von Frauen mit der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs nach der Reform des § 218. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit (vor. 1980). In diesem Projekt wurden die oben genannten 380 Briefe inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Briefe kamen aus allen Teilen der Bundesrepublik und können insofern als repräsentativ gelten, als keine spezifische Selektion sozialer Gruppen festgestellt werden konnte. Als Ergänzung dazu wurde eine Fragebogenerhebung (N = 388) über zwei – allerdings relativ „liberale" und daher nur begrenzt verallgemeinerungsfähige – Beratungsstellen (Gesundheitsamt, Pro Familia) in Großstädten (Bayern und Nordrhein-Westfalen), und 23 Interviews mit Frauen nach dem Abbruch in Kliniken bzw. Artzpraxen durchgeführt. Die Ergebnisse wurden verglichen mit einer Fragebogenerhebung von 209 Frauen in einer Hamburger Frauenklinik (Runte, § 218 nach der Reform, Köln 1978), der Befragung von 278 bzw. 355 Wiener Frauen (Münz/Pelikan, Geburt oder Abtreibung, Wien 1978) sowie einer Fragebogenerhebung bei 225 bzw. 325 Frauen mit Schwangerschaftsabbruch im Großraum Hannover und in einer holländischen Abbruchklinik (Oeter, Der Schwangerschaftsabbruch – Gründe, Legitimation, Alternativen, Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, voraussichtlich 1980).

[2]) Vgl. Kapitel 8.



(Dieses Schema nach Münz und Pelikan 1978 demonstriert die hauptsächlichen Entscheidungswege. N = 355 100
Die Zahlenangaben können aufgrund der geringen Stichprobe nur grob orientierenden Charakter haben).

In diesem Schema wird zwischen verschiedenen Phasen unterschieden. Auf die Feststellung einer Schwangerschaft (geplant oder ungeplant) reagiert die Frau mit Akzeptierung, Ambivalenz oder Ablehnung. Sie entschließt sich, das Kind auszutragen oder die Schwangerschaft abzubrechen und realisiert schließlich ihr Vorhaben oder nicht.

Entsprechend der Häufigkeit lassen sich verschiedene Verhaltenstypen beschreiben:

24 % der Frauen hatten die Schwangerschaft geplant, die dann auch akzeptiert und gewollt ausgetragen wurde;

25 % der Frauen akzeptierten die Schwangerschaft, obwohl diese nicht geplant war, und trugen sie aus;

25 % hatten die Schwangerschaft nicht geplant, konnten sie nicht akzeptieren, entschlossen sich zum Abbruch und ließen diesen durchführen.

Von den ungeplanten ambivalent aufgenommenen Schwangerschaften, bei denen sich die Frauen schon zum Abbruch entschlossen hatten, wurden 6 % dann doch gewollt und weitere 6 % ungewollt ausgetragen.

Münz und Pelikan schreiben dazu: „Da die Realisation eines Schwangerschaftsabbruches im Gegensatz zur Realisation einer Geburt ein in hohem Maße konsequentes Handeln, nämlich den intendierten Eingriff in einen Naturprozeß voraussetzt, machte die große Zahl von Schwangerschaftsverläufen, die durch Ambivalenz oder Resignation oder soziale Ohnmacht der Schwangeren gekennzeichnet waren, eine Geburt insgesamt wahrscheinlicher als eine Abtreibung."

7 % derjenigen Frauen, die ursprünglich ambivalent (6 %) oder sogar akzeptierend (1 %) auf die ungeplante Schwangerschaft reagiert hatten, ließen dann doch einen Abbruch durchführen. Hier scheinen die Lebensbedingungen den Bedürfnissen der Frauen entgegengestanden zu haben.

Bezogen auf die Gesamtzahl der Frauen, die einen Abbruch durchführen ließen, waren 32 % [3]) nicht von vornherein eindeutig zu einem Abbruch entschlossen.

[3]) 33 % bei der Fragebogenerhebung von v. Troschke et al.

9.2.1 Begründung für einen Schwangerschaftsabbruch

Die Gründe, die den Entscheidungsprozeß beeinflussen, sind vielfältig und schwer zu bestimmen, Schwangerschaftskonflikte sind „so tausendfältig in ihren Konstellationsmöglichkeiten, daß ihre systematische und kasuistische Erfassung immer hinter der Wirklichkeit zurückbleiben muß" [4]). Bei Befragung werden Frauen dazu neigen, solche Gründe anzugeben, von denen sie annehmen können, daß diese als ‚stichhaltig' akzeptiert werden. So zeigte die Briefauswertung [5]), daß einige Frauen glauben, den Mitarbeitern der Beratungsstellen ‚etwas vormachen zu müssen':

„Ich habe meine Situation so geschildert: Vor vier Wochen vom Freund verlassen, kann nicht zurück ins Elternhaus, habe Wohnung nehmen müssen, finanzieller Engpaß, will weiter die Schule besuchen. Ohne Umstände habe ich den Indikationsschein bekommen. Ich muß sagen, wenn ich wirklich privat so alleine gewesen wäre, wie geschildert, wäre ich . . ."

„Ich traute mir nicht zu sagen, daß ich zum zweiten Mal abbrechen will."

„Mit der Beratungsstelle, die ich aufgesucht habe, machte ich sehr gute Erfahrungen. Ich hatte mich jedoch vorher gut im Frauenzentrum informiert."

Bei der Fragebogenauswertung [6]) wurden folgende Gründe genannt:

Tabelle 1

Einfluß auf die Überlegungen

	stark	ein wenig	gar nicht	keine Angabe
finanzielle Probleme	51,3	23,2	12,1	11,6
Ausbildungssituation	35,3	9,0	21,9	29,7
Wohnsituation	28,6	28,6	30,4	29,7
Angst vor der Zukunft mit einem Kind	24,5	19,8	30,9	35,3
Altersgründe	24,0	19,1	36,9	20,1
Probleme mit dem Ehemann/Partner	22,9	16,5	37,1	23,5
Angst vor Mißbildungen beim Kind	22,7	17,5	37,9	20,9
Ehemann/Partner wollte das Kind nicht	19,6	10,8	38,9	31,7
gesundheitliche Probleme	17,5	14,2	46,1	22,2
Kinderzahl	16,2	6,2	46,1	22,4
Probleme mit den Eltern	12,6	11,9	55,2	29,4
Angst, ein uneheliches Kind zu bekommen	6,2	9,5	53,6	30,7

(Ergebnis der Fragebogenerhebung N = 388)

Die meisten Frauen gaben mehrere Gründe an.

Der Vergleich der Ergebnisse verschiedener Untersuchungen zeigt, daß sich sehr unterschiedliche Prozentwerte für die Benennung von ‚Gründen' für einen Schwangerschaftsabbruch ergeben. Dies hängt zum einen mit der Person bzw. Institution derjenigen zusammen, die danach fragen (ob Mitarbeiter einer Beratungsstelle im Zusammenhang mit einer Schwangerschaftskonfliktberatung oder schriftliche Befragung durch ein Universitätsinstitut oder Interview eines demoskopischen Institutes), aber auch mit der Art der Befragung und der Art der Kategorisierung.

[4]) Poettgen (1977).
[5]) V. Troschke et al.
[6]) V. Troschke, a.a.O.

In der folgenden Tabelle ist der Versuch gemacht worden, die unterschiedlichen Ergebnisse einheitlichen Kategorien zuzordnen [7]).

Der Vergleich der verschiedenen Untersuchungen zeigt, daß die Frauen selbst sehr viel mehr Gründe angeben, und diese sehr viel häufiger nennen, als das bei der indirekten Aussage über die Berater der Fall ist [8]).

[7]) Dabei ist kritisch zu bemerken, daß die Kategorien in den verschiedenen Untersuchungen zum Teil sehr unterschiedlich gewählt wurden und somit nur bedingt vergleichbar sind.
[8]) Dem entsprechen auch die höheren Prozentualangaben der Interviews, die von Keil et al. durchgeführt wurden gegenüber der Fragebogenerhebung von v. Troschke et al. Bei Interviews werden erfahrungsgemäß durch Nachfragemöglichkeiten mehr Angaben gemacht, als das bei Fragebogenerhebungen der Fall ist).

Tabelle 2

Angegebene Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch in %	Angegebene Gründe aus der Sicht von Beratungsstellen			Angaben betroffener Frauen			Bevölkerungsbefragung „sollte erlaubt sein"
	behördliche Beratungsstellen	Pro-Familia Beratungsstelle	Ev. Beratungsstelle	Pro-Familia Beratungsstelle	Ev. Beratungsstelle	Fragebogenerhebung in Beratungsstellen	
materielle Probleme	ca. 50[1]	29,4	19,4	50	41	51,3	47[6])
Ausbildungs- Berufssituation	0	0	0	0	2,6	35,3	30
Partnerkonflikte	16	17,7	16,7	10	12,8	22,9	–
Wohnsituation	29	[4])	[4])	[4])	[4])	28,6	–
Alter der Schwangeren	7[1])	47	58,3	35	28	24,0	–
eigener Gesundheitszustand	21					17,5	98
uneheliche Schwangerschaft	19,2	[5])	[5])	[5])	[5])	6	68
abgeschlossene Familienplanung	17,0[2]	5,9	5,6	5	12,8	16,2	59[8])
vgl.	Kapitel 4.4	Kapitel 4.3	Kapitel 4.3	Kapitel 4.3	Kapitel 4.3	Kapitel 9	Kapitel 12.2

[1]) Zusammengezogen aus: Überlastung durch Schulden, Reduktion des Lebensstandards.
[2]) Nur: „zu hohes Alter".
[3]) Überlastung durch bereits vorhandene Kinder.
[4]) Es wurde nur die Kategorie „Persönliche Probleme" erhoben.
[5]) Es wurde nur die Kategorie „Familiäre Probleme" erhoben.
[6]) Dies ist nur eine Mindestangabe, da die Frage hieß: „Wenn die Frau arbeiten muß und sich um ihr Kind nicht richtig kümmern kann." Die Möglichkeit: „Wenn die Eltern wegen eines weiteren Kindes auf bestimmte Dinge verzichten müssen" wurde nur von 17 % genannt.
[7]) Die Frage lautete: „Wenn die Frau lieber wieder berufstätig und unabhängig sein möchte", vgl. Punkt 6.
[8]) Die Antwortmöglichkeit war: „Wenn dieses weitere Kind die Kräfte der Frau überfordert".

9.2.2 Materielle Probleme

Im folgenden wollen wir kurz auf die verschiedenen Problembreiche und ihre Bedeutung für die betroffenen Fauen eingehen [9]).

Durchgängig wurden in allen angeführten Untersuchungen (d. h. in denen, die von der Kommission in Auftrag gegeben wurden) finanzielle Probleme am häufigsten genannt. Nur 24 % der Frauen [10]) bzw. 22 % [11]) gaben an, daß dieses Motiv für ihre Entscheidung keine Bedeutung hatte.

Demgegenüber wurden in der Untersuchung von Pross aus dem Jahre 1966 in nur 25 % der Fälle ‚materielle' Schwierigkeiten als Hauptgrund für einen Schwangerschaftsabbruch angeführt. In der 1977 von Runte untersuchten Population gaben sogar nur 16 % der Frauen eine wirtschaftliche Notlage als Abbruchsmotiv an [12]).

Grundsätzlich können wir zwischen einer objektiven und subjektiven finanziellen Notlage unterscheiden. Ledige, alleinstehende Frauen, besonders wenn sie sich noch in der Ausbildung befinden, können durch das Austragen einer Schwangerschaft in finanzielle Schwierigkeiten kommen. Auch für Familien mit mehreren Kindern kann ein weiteres Kind die ökonomische Lage wesentlich verschlechtern. Die Auswertung der Ergebnisse zeigt aber auch, daß Familien mit einem höheren Einkommen sich durch die Geburt eines Kindes insofern in eine ‚finanzielle Notlage' gebracht sehen, als sie dann auf selbstverständlich gewordene Konsumgewohnheiten verzichten müßten.

[9]) Siehe dazu auch Problemdarstellung aus der Perspektive der Beratungsstellen, Kapitel 4.
[10]) v. Troschke 1979.
[11]) Oeter, a.a.O.; außerdem befürchteten 27 % geringe, 30 % starke und 21 % extrem negative Auswirkungen auf die finanzielle Situation nach Austragen der Schwangerschaft.
[12]) Hier ist allerdings zu berücksichtigen, daß diese Untersuchung in einer Frauenklinik durchgeführt wurde und somit ein starker social-desirability-Effekt anzunehmen ist.

9.2.3 Ausbildungs- und Berufssituation

Der Wunsch, eine berufliche Ausbildung durchzuführen bzw. die bisherige Berufstätigkeit weiterzuführen, ist das zweitwichtigste Motiv, das betroffene Frauen angeben [13]). Auffallend ist, daß dieses Motiv bei den Angaben der Mitarbeiter von Beratungsstellen so gut wie gar nicht vorkommt. Daraus läßt sich schließen, daß Frauen in unserer Gesellschaft dieses Motiv nicht als ‚Begründung' ansehen, die von Beratern als hinreichend akzeptiert werden könnte.

Es wird offenbar für Frauen zunehmend wichtiger, eine qualifizierte Berufsausbildung zu erwerben und damit die Möglichkeit, den eigenen Lebensunterhalt verdienen zu können. So fällt es Frauen besonders bei qualifizierten Ausbildungsgängen schwer, auf deren Abschluß und damit eine Chance beruflicher Selbstverwirklichung zu verzichten. Der Verbindung von Ausbildung und Mutterschaft können finanzielle und organisatorische Schwierigkeiten entgegenstehen, so daß es nur wenigen Frauen gelingt, nach der Geburt ihres 1. Kindes die angefangene Berufsausbildung fortzusetzen, obwohl offenbar eine große Anzahl von Frauen Geld hinzuverdienen mußte und daher einen weniger qualifizierten Beruf ausübte [14]).

Bei der inhaltsanalytischen Auswertung von Briefen [15]) zeigte sich ein hohes Verantwortungsbewußtsein der Frauen in bezug auf die ‚psychologisch richtige' Erziehung von Kindern. Dabei wurde häufig auf die Notwendigkeit optimaler Entwicklungsbedingungen hingewiesen und der Abbruch einer Schwangerschaft mit der Unmöglichkeit begründet, dem Kind die für angemessen gehaltenen Entwicklungsbedingungen geben zu können. Auf dem Hintergrund der in den öffentlichen Medien verbreiteten Normen für eine psychologisch fundierte Kindererziehung halten viele Frauen die Verbindung von Mutter- und Berufsrolle im Interesse des Kindes für nicht verantwortbar. Vor die Alternative gestellt, fällt dann häufiger die Entscheidung für die Berufstätigkeit aus, besonders wenn es sich um einen qualifizierten Beruf handelt oder die ökonomische Lage der Familie die Mitarbeit der Frau erforderlich macht.

9.2.4 Wohnsituation

Die Wohnbedingungen sind ein weiterer wesentlicher Grund, der indirekt eng mit den finanziellen Möglichkeiten der Familie zusammenhängt. Daneben dürften bei diesem Motiv die Schwierigkeiten eine Rolle spielen, die Familien mit (mehreren) Kindern haben, eine geeignete Wohnung zu finden.

[13]) Es wurde bei v. Troschke, 1979, mit 35 % bei Oeter, 1979, mit 46 % genannt.

[14]) Dafür sprechen Zahlen, die von Münz und Pelikan bei der Auswertung von 187 Erstschwangerschaften erhoben wurden, 44 % der Frauen, die sich zum Zeitpunkt der Schwangerschaft in einer Ausbildung befanden (27 % der Gesamtstichprobe), brachen diese ab und wurden Hausfrauen, 28 % nahmen einen minder qualifizierten Beruf an, nur 16 % konnten nach der Geburt des Kindes die Ausbildung fortsetzen.

[15]) V. Troschke et al. 1979.

9.2.5 Alter der Schwangeren

Während etwa jede 4. Frau bei der Fragebogen- bzw. Interviewerhebung Altersprobleme als Begründung nennt, lassen sich diese bei den Angaben der Beratungsstellen nur unter der Restkategorie ‚persönliche Probleme' vermuten. Bei den behördlichen Beratungsstellen wird ein zu hohes Alter von 7 % der Ratsuchenden angegeben. Hinter dieser Begründung verbirgt sich häufig die Angst vor einem geschädigten Kind (z. B. Mongolismus). Auch wenn schon mehrere ältere Kinder da sind, scheuen sich viele Frauen davor, noch einmal die ganzen Beschwerden der Betreuung von Kleinkindern auf sich zu nehmen.

9.2.6 Alleinstehende Schwangere

Die Angaben über Nicht- oder Außerehelichkeit von Schwangerschaften als Grund für einen Schwangerschaftsabbruch bewegen sich – soweit sie erfaßt wurden – zwischen 6 und 22 %. Da ledige Frauen bei der Gesamtzahl der Abbruchspatientinnen wesentlich häufiger vertreten sind als nach ihrem Bevölkerungsanteil zu erwarten wäre [16]), läßt die relativ seltene Nennung dieses Grundes vermuten, daß zwar die Ehe als Voraussetzung der Verwirklichung eines Kinderwunsches angesehen wird, daß jedoch die Begründung weniger in der Nicht-Ehelichkeit des Kindes als vielmehr in den Begleitumständen der Situation (z. B. ökonomische Verhältnisse, befürchtete Überlastung, alleinige Verantwortung etc.) gesehen wird. Es scheint, daß ein gesellschaftlicher Prozeß der Entdiskriminierung nicht-ehelicher Kinder und lediger Mütter abläuft, zu dem die rechtliche Gleichstellung unehelich geborener Kinder wesentlich beigetragen haben dürfte.

9.2.7 Probleme mit Bezugspersonen

Hinter der Kategorie der Partnerprobleme verbirgt sich eine Vielzahl von familiären und persönlichen Konflikten. Bei der Briefauswertung wurden Partnerprobleme von 20 % der verheirateten und 23 % der ledigen Frauen als wichtiges Motiv angegeben. In 20 % der Fälle wurde das Kind vom Partner stark abgelehnt (überwiegend bei ledigen Frauen) [17]). Es befürchten 10 % der Frauen, daß die Beziehung zum Partner beim Austragen der Schwangerschaft von ihm aus beendet worden wäre (8 % der Frauen fühlten sich von ihrem Partner in der Entscheidung für oder gegen die Schwangerschaft unter Druck gesetzt), weitere 10 % befürchteten schwerwiegende und 17 % geringe Beeinträchtigungen der Partnerbeziehung, während nur 5 % eine Verbesserung als Erwartung angaben [18]).

In diesem Zusammenhang kann die Hypothese aufgestellt werden, daß bei ledigen Frauen Schwangerschaften als ‚unbewußte Partnerprobe' zustandekommen. Dem entspricht, daß 15 % der Frauen glaubten, durch die (später dann doch abgebrochene) Schwangerschaft den Partner besser an sich binden zu können [19]).

Bei länger bestehenden Partnerschaften ist es vorstellbar, daß Frauen die Antikonzeption nicht mehr so

[16]) Vgl. Kapitel 3.4.2.

[17]) V. Troschke et al. 1979.

[18]) Nach Oeter (1979).

[19]) Ebd.

sorgfältig betreiben, weil sie sich unbewußt die Bildung einer Familie wünschen. Die ablehnende Reaktion des Partners führt dann dazu, daß die unbewußt gewollte Schwangerschaft zur ungewollten wird. Mit dem Abbruch geht dann häufig auch die Partnerbeziehung auseinander.

Problematische Elternbeziehungen als Abbruchsmotiv treffen vor allem für junge, noch bei ihren Eltern wohnende Frauen zu. Die Auswertung der Briefe weist darauf hin, daß in der älteren Generation die Diskriminierung der unehelichen Schwangerschaft noch stärker ausgeprägt ist.

Erwartungsgemäß ist der Einfluß des Ehepartners bei den verheirateten Frauen, der Einfluß der Eltern bei den ledigen Frauen und der Einfluß von Freunden und Kollegen bei geschiedenen Frauen relativ am größten [20]. Die Korrelation zwischen den Antworten auf die Frage nach der Beteiligung des Partners bei der Entscheidung und dem Familienstand brachte folgendes Ergebnis:

Tabelle 3

Familienstand	Entscheidung wurde getroffen		
	gemeinsam mit dem Partner	vorwiegend durch die betroffene Frau	ohne Partnerbeteiligung
	in %		
verheiratet	58,2	29,8	7,1
ledig	41,1	33,8	12,4
geschieden	22,9	45,7	20,0

Auffallend ist, daß die geschiedenen Frauen ihre Entscheidung häufiger allein, ohne Beteiligung des Partners treffen als ledige Frauen.

9.2.8 Eigenes Gesundheitsverhalten, medizinische Probleme

Während in der Repräsentativbefragung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland [21] 98 % der Befragten einen Schwangerschaftsabbruch als gerechtfertigt ansehen, wenn die Gesundheit oder das Leben der Mutter durch die Schwangerschaft gefährdet wäre, wird dieser Grund von 18 bis 33 % der Frauen selber genannt. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, daß die Möglichkeit prospektiver Aussagen über die Gesundheitsgefährdung der Mutter ebenso wie die über mögliche Gesundheitsschäden bei Kindern begrenzt sind und immer nur grobe Wahrscheinlichkeitsaussagen gemacht werden können.

[20]) Vgl. v. Troschke et al. 1979.
[21]) Kapitel 12.2.3.2.

9.2.9 Familienplanung, Zahl der Kinder

Nur 1 % der Frauen lehnten eine Mutterschaft grundsätzlich ab. Mit der Zahl der vorhandenen Kinder steigt die Bedeutung des Motives ,begrenzte Kinderzahl' für die Abbruchsentscheidung (1 Kind 14,4 %, 2 Kinder 43,3 %, 3 Kinder 80,8 %). Man kann dieses Erebnis als Ausdruck einer abgeschlossenen Familienplanung interpretieren – die Frauen haben die von ihnen intendierte Kinderzahl realisiert, der Abbruch wird als Form ,nachsteuernder Geburtenkontrolle durchgeführt [22]. Die Briefauswertung [23]) zeigt allerdings, daß die gewünschte Kinderzahl nur selten als alleiniges Abbruchsmotiv wirksam ist. Sie wird zumeist mit finanziellen Gründen und gesundheitlichen Bedenken in Form von psychischen und physischen Belastungen für die Mutter genannt [24]).

9.3 Psychosoziale Entscheidungskonflikte

Grundsätzlich können wir davon ausgehen, daß auf dem Hintergrund des Wertsystems unserer Gesellschaft für jede gesunde Frau die Entscheidung zu einem Schwangerschaftsabbruch konflikthaft ist. Es liegen keine wissenschaftlich gesicherten Ergebnisse vor, die das Vorurteil bestätigen, daß Frauen eine derartige Entscheidung leichtfertig oder gewissenlos fällen. Jede Entscheidung gegen die Austragung einer Schwangerschaft impliziert somit eine subjektive Notlage, bei der die Abbruchsentscheidung nur relativ im Verhältnis zu den antizipierten Folgen der Geburt des Kindes zu verstehen ist [25]).

Konfrontiert mit der Bestätigung einer Schwangerschaft stellt sich für die betroffene Frau und die zu ihr in Bezug stehenden Personen die Frage nach den Konsequenzen der Geburt des Kindes für alle Beteiligten und ihre Beziehungen zueinander. Aus den verschiedenen subjektiven Perspektiven können sich die zu erwartenden Konsequenzen unterschiedlich darstellen. Dabei können sich Konflikte in drei Bereichen ergeben:

— intrapsychische Konflikte für die betroffene Frau durch alternative Bedürfnisse, Interessen und verinnerlichte Wertnormen (z. B. Mutterschaft versus berufliche Selbstverwirklichung)
— soziale Konflikte unter den direkt Beteiligten (z. B. betroffene Frau, Kindsvater, Eltern, Freunde, Arbeitgeber etc.)
— soziale Konflikte zwischen den direkt Beteiligten und ihren sozialen Bezugsgruppen (z. B. Kirche, Nachbarschaft, Freundeskreis etc.).

Wir können davon ausgehen, daß bei den meisten Schwangerschaften die betroffene Frau mit intrapsychischen Konflikten konfrontiert ist, da jedes Kind eine mehr oder weniger große Veränderung der Lebenssi-

[22]) Münz/Pelikan a.a.O.
[23]) v. Troschke 1979.
[24]) Vgl. dazu Kapitel 3.4.3.
[25]) Vgl. auch Oeter, a.a.O., der aufgrund seiner Untersuchung zu dem Ergebnis kam, „daß die derzeit häufig gehandelte Behauptung, ,die Frauen' machten es sich bei ihrer Entscheidung zu leicht und trieben leichtfertig ab, zumindest dem subjektiven Bewußtsein der überwiegenden Anzahl der Frauen nicht entspreche und von daher kaum haltbar ist".

tuation zur Folge hat. Diese Konflikte bleiben häufig unbewußt oder werden eindeutig zugunsten des Kindes entschieden.

Die intrapsychischen Konflikte der betroffenen Frau werden entsprechend beeinflußt (verstärkt oder vermindert) durch die Einstellungen und das Verhalten ihrer direkten Bezugspersonen. So kann eine grundsätzlich erwünschte Schwangerschaft zur unerwünschten werden durch eine ökonomische Notlage oder die Ablehnung des Kindes durch den Kindsvater bzw. die Eltern. Eine Verstärkung des Konfliktes ist immer dann zu erwarten, wenn die Grundentscheidung der betroffenen Frau im Gegensatz zu der der anderen direkt Beteiligten oder der sozialen Bezugsgruppe steht.

Inhalte, Intensität und Art der Konfliktbearbeitung sind kultur- und gesellschaftsspezifisch determiniert. Die Einstellungen zum Kind sind gesellschaftlich vermittelt und unterliegen dem sozialen Wandel. Derzeit läßt sich bei der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland eine eher ‚kinderfeindliche' Grundhaltung beschreiben. Junge Frauen streben in vermehrtem Maße nach einer qualifizierten Berufsausbildung und Berufstätigkeit. Viele junge Ehepaare wollen kinderlos bleiben oder sich nur ein bis zwei Kinder ‚leisten'. Das Image der Hausfrau und Mutter ist zugunsten dessen der berufstätigen Frau gesunken. Der Frau wird durch die Gesellschaft das Ziel „Emanzipation" vermittelt, es werden ihr jedoch kaum Möglichkeiten angeboten, wie sie die tradierte Frauen- und Mutterrolle mit dem neuen Leitbild der Frau – ihrer Selbstverwirklichung z. B. auch in der Berufstätigkeit –, vereinbaren kann. Dies führt dazu, daß sich viele Frauen durch Kinder in ihren Lebensmöglichkeiten eingeschränkt fühlen. Auf diesem Hintergrund wird erklärbar, daß viele Frauen sich „noch zu jung fühlen", ihre Ausbildung abschließen oder ihre Berufstätigkeit nicht gefährden wollen und dies als Grund für den Schwangerschaftsabbruch angeben.

Ein anderer, gesellschaftlich vermittelter Grund für den Abbruch einer Schwangerschaft ist das Bedürfnis nach Teilnahme an den allgemeinen Konsumgewohnheiten. In vielen Familien und jungen Ehen ist der bisherige Lebensstandard durch die Geburt eines (weiteren) Kindes gefährdet.

Daneben gibt es noch eine Reihe weiterer Problembereiche, die Frauen negative Konsequenzen befürchten lassen, wenn sie ihre Schwangerschaft austragen: allgemeine und schwer zu überschauende Veränderungen im bisher gewohnten Leben, die Gefährdung der Selbständigkeit und Unabhängigkeit vom Partner, die Beziehungen zu anderen wichtigen Personen, z. B. zu den Eltern, wenn die Frau noch von ihnen abhängig ist.

Zusammenfassend können wir feststellen, daß Einstellungen für oder gegen die Austragung von Schwangerschaften gesellschaftlich vermittelt sind. Viele Frauen geraten unvorbereitet in Entscheidungskonflikte, die sich durch einander ausschließende soziale Werte ergeben. Bei der Austragung dieser Konflikte werden die betroffenen Frauen, wie auch die in den folgenden Abschnitten dargestellten Ergebnisse zeigen, zumeist allein gelassen.

9.4 Erfahrungen mit einem legal durchgeführten Schwangerschaftsabbruch in der Bundesrepublik Deutschland [26])

Da die Stichprobe relativ klein ist, können die Erfahrungsberichte keinen Anspruch auf Repräsentativität haben [27]).

Auch die Ergebnisse der Fragebogenerhebung sind mit Vorbehalt zu interpretieren. Die Auswertung der Ergebnisse läßt den Schluß zu, daß vorwiegend solche Beratungsstellen bereit waren, Fragebögen an die von ihnen beratenen Frauen zu verteilen, bei denen das Verfahren besonders reibungslos und unproblematisch abläuft [28]).

Insgesamt müssen wir feststellen, daß die vorliegenden Daten nur begrenzte Aussagen über Erfahrungen betroffener Frauen mit dem reformierten § 218 zulassen. Die dargstellten Ergebnisse sind somit als Hypothesen zu verstehen, die in weiteren Untersuchungen systematisch überprüft werden müssen.

9.4.1 Erfahrungen mit Ärzten bei der Indikationsstellung

88 % der Briefeschreiberinnen hatten – konfrontiert mit einer ungewollten Schwangerschaft – zuerst einen niedergelassenen Arzt aufgesucht (zumeist einen Gynäkologen). Die mitgeteilten Erfahrungen zeigen eine große Variationsbreite. Bewertet man die Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung, so zeigt sich ein unerwartet positives Ergebnis:

51,5 % positiv;
37,1 % neutral und keine Angaben;
11,1 % negativ.

Die positiven Erfahrungen charakterisieren sich durch eine für die betroffenen Frauen als überraschend erlebte Bereitschaft der Ärzte, die gewünschte Indikation ohne große Schwierigkeiten auszustellen.

> „Mein Arzt zeigte sich sehr verständnisvoll und nannte mir als Beratungsstelle Pro Familia. . . . meine Erfahrungen mit meinem Arzt waren durchweg sehr positiv" (Brief Nr. 245).

> „Ich war nur bei einer Ärztin, sie reagierte sehr verständnisvoll, und mir war so, als käme ihrer Meinung nach gar nichts anderes in Frage als der Abbruch. Sie stellte mir gleich die gesundheitliche Indikation aus und schickte mich auf das Gesundheitsamt" (Brief Nr. 206).

---

[26]) Die folgenden Darstellungen beziehen sich auf die Untersuchungen von J. v. Troschke, A. Hendel-Kramer, E. Werner u. M. Herzog, a.a.O. (1979).

[27]) Von den ausgewerteten Briefen bezogen sich 229 auf Erfahrungen bei einem legalen Schwangerschaftsabbruch und 22 auf solche bei einem illegalen Schwangerschaftsabbruch in der Bundesrepublik Deutschland. 121 Frauen berichteten über Abbruchserfahrungen im Ausland. Nur sechs Briefe bezogen sich auf eine ausgetragene Schwangerschaft. Die Sozialdaten der Briefeschreiberinnen sind in bezug auf Altersverteilung, Berufstätigkeit, Familienstand, Kinderzahl, Konfessionszugehörigkeit, Wohnortgröße und Bundesland vergleichbar mit den Statistiken, die über legale Schwangerschaftsabbrüche geführt werden.

[28]) Auch die Ergebnisse von Runte, die bei der Befragung von Patientinnen einer Hamburger Klinik gewonnen wurden, können keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben.

„Mit Ärzten habe ich nur die besten Erfahrungen gemacht. Keiner versuchte, mir den Abbruch auszureden. Wider Erwarten fragte die Frauenärztin gleich nach Feststellung der Schwangerschaft, was ich plane, und erklärte mir die Schritte, die ich für einen legalen Abbruch einleiten müßte" (Brief Nr. 253).

„Daraufhin ging ich zum Frauenarzt, zu einem, bei dem ich vorher noch nicht war. Der Doktor war sehr nett und war der Sache auch nicht abgeneigt" (Brief Nr. 134).

Die Ärzte zeigten sich verständnisvoll für die Situation der Betroffenen, akzeptieren die Entscheidung der Frau und versuchen, konkret zu helfen, indem sie den Verfahrensweg erklären, eine Indikationsbescheinigung ausstellen oder zu einer Beratungsstelle überweisen.

Ausführlicher sind die Darstellungen negativer Erfahrungen:

„Anläßlich der beiden Besuche bei diesem Arzt fühlte ich mich sehr erniedrigt und war jedes Mal den Tränen recht nahe. Er behandelte mich sehr von oben herab und brauste bei jedem Widerspruch meinerseits gleich auf. Ich kam mir vor wie irgendein sogenanntes Flittchen, das total unverantwortlich handelt und dem man nicht einmal zutraut, selbst über sich zu entscheiden" (Brief Nr. 233).

„Dieser Arzt betrachtete jedoch mein Anliegen als persönliche Beleidigung, stellte eine konfliktfreie Geburt außer Frage, beschimpfte mich und stellte mich vor seinen Sprechstundenhelferinnen bloß" (Brief Nr. 135).

„Die Ärzte waren sehr unpersönlich, teilweise auch schroff, die Beratung eher mitleidig, ich habe die Erfahrung gemacht, daß Ärzte keinerlei Verständnis für eine solche Situation haben" (Brief Nr. 273).

„Ich ging zu einem Frauenarzt; er gab sich betont lässig und ignorierte meine Tränen" (Brief Nr. 145).

„Bei meinem Frauenarzt stieß ich auf Ablehnung. Er sagte wortwörtlch: Dann können Sie mir auch eines Ihrer Kinder bringen und verlangen, daß ich es erschlage" (Brief Nr. 275).

„Ich sprach mit meiner Frauenärztin über einen Abbruch. Sie wollte davon überhaupt nichts wissen und sagte mir unter anderem, daß sie dazu da wäre, Kinder auf die Welt zu bringen und nicht, sie wegzumachen" (Brief Nr. 271).

Die negative Bewertung der Kommunikation mit dem Arzt bezieht sich somit nicht nur auf die Ablehnung der Ausstellung der erwünschten Indikation. Die Frauen beklagen sich über Demütigungen, sie erleben die Ärzte als moralisierend, überheblich und verständnislos und fühlen sich in ihrer besonderen Situation schlechter behandelt als bei sonstigen Arztbesuchen.

Die ambulant konsultierten Ärzte haben – ähnlich wie die anderen Instanzen auch – nur wenig Einfluß auf die Entscheidung der Frauen. Bei der Auswertung der Fragebögen zeigte sich, daß 74,3 % der Frauen (N = 388) angaben, daß ihre Gespräche mit Ärzten ihre Entscheidung für oder gegen den Abbruch überhaupt nicht beeinflußt haben. 7,3 % fühlten sich etwas beeinflußt, 9,6 % bezeichneten den Einfluß als ausschlaggebend für die eigene Entscheidung.

Über die Häufigkeit der verschiedenen Inhalte in den Gesprächen mit den Ärzten gibt die folgende Tabelle Aufschluß:

Tabelle 4

Der Arzt hat ...	1. Arzt	2. Arzt	3. Arzt
	in %		
... meine Probleme verstanden und mir weitergeholfen	61,1	26,4	7,6
... mich zu einer Beratungsstelle geschickt	45,9	12,5	1,0
... mir eine Indikationsbescheinigung ausgestellt *)	33,5	32,3	6,3
... mich über die gesetzlichen Bestimmungen über einen legalen Abbruch informiert	29,4	19,8	4,3
... mich über gesundheitliche Gefahren für mich und das Kind aufgeklärt	17,5	20,1	4,3
... sehr ablehnend reagiert, als ich von einem Schwangerschaftsabbruch gesprochen habe	11,2	2,6	1,0
... sich meine Probleme angehört und dann gesagt, daß er nichts für mich tun kann	9,6	3,6	1,0
... mir gesagt, daß ich für einen Abbruch ins Ausland fahren soll	4,0	2,3	1,0
... mir nur Adressen von anderen Ärzten gegeben	3,6	1,3	0,7
keine Angaben	1,3	38,1	87,1

*) (Die Prozentzahlen summieren sich nicht auf 100 %, da ein Teil der Frauen die Indikationsbescheinigung von Ärzten innerhalb der Beratungsstelle bekam).

(N = 388; Fragebogenauswertung)

Nur 3 % hatten insgesamt vier Ärzte aufgesucht, 22,9 % drei Ärzte.

Ein Drittel der Frauen erhielt die Indikation schon nach dem ersten, ein weiteres Drittel nach dem zweiten Arztbesuch.

Auffallend ist, daß etwa die Hälfte der Frauen nicht von ihrem Arzt über die gesetzlichen Bestimmungen informiert werden. Dieses Ergebnis ist besonders auf dem Hintergrund des in der Bevölkerungsbefragung festgestellten geringen allgemeinen Informationsstandes beachtenswert [29]). Auch die ärztlichen Informationen über gesundheitliche Gefahren scheinen relativ selten zu sein.

[29]) Vgl. dazu Kapitel 12.2.3.1.

Der Prozentsatz der Frauen mit ausgesprochen negativen Arzterfahrungen deckt sich mit dem Ergebnis der Briefauswertung.

Grundsätzlich lassen sich verschiedene Reaktionsformen von Ärzten beschreiben:

Ausstellung eines Gutachtens bzw. einer Indikationsbescheinigung	71,9 %
Überweisung zu einer Beratungsstelle	59,4 %
Empfehlung eines Auslandsabbruchs	7,3 %
Überweisung zu anderen Ärzten	5,6 %
Verweigerung von Hilfe	14,2 %

80 % (Fragebogenerhebung) bis 91 % (Briefauswertung) der Frauen geben an, daß sie vor der Konsultation eines Arztes fest entschlossen waren, einen Abbruch durchführen zu lassen. Auf dem Hintergrund dieser hohen Vorentschiedenheit ist es verständlich, daß die meisten Frauen von den von ihnen aufgesuchten Ärzten erwarten, daß sie die erwünschte Indikationsbescheinigung ausstellen. Geschieht dies nach einem kurzen sachlichen Gespräch ohne moralisierende Versuche der Entscheidungsbeeinflussung, dann sind die Frauen zumeist „zufrieden".

11 % der Frauen beklagen sich über zum Teil schwere Diskriminierungen, die sich in keinem Falle mit den Rollenerwartungen an einen Arzt in unserer Gesellschaft vereinbaren lassen.

9.4.2 Erfahrungen mit Beratungsstellen

Der Gang zur Beratungsstelle erfolgt zumeist als dritter Schritt nach dem Gespräch mit dem Partner/Ehemann und dem Arztbesuch. Über die Beratungserfahrungen äußerten sich die meisten Frauen (57,3 %) positiv. 13 % hatten neutrale oder gemischte Erfahrungen, nur 11 % gaben negative Erfahrungen an (4,2 % machten keine Angaben).

Die pòsitive Einschätzung der Beratung bezog sich wiederum zumeist auf die freundliche Behandlung und die problemlose Ausstellung der erwünschten Bescheinigung:

„Von meinem Hausarzt wurde ich an die Pro Familia verwiesen. Hier wurde mir schon beim ersten Besuch nach einem Schwangerschaftsnachweis die Indikation ausgestellt, man hat mir auch hier die Adresse des Arztes gegeben, der den Eingriff dann machte. Die Ärztin und die Dame, die die Beratung durchführten, waren angenehm, sachlich und zuvorkommend" (Brief Nr. 17).

„Die Beratung verlief sehr sachlich und in keiner Weise peinlich für mich" (Brief Nr. 19).

Die negativen Erfahrungen bezogen sich auf eine als unfreundlich erlebte Behandlung sowie die Versuche der Entscheidungsbeeinflussung:

„Ich kam mir vor, als ob ich ein Schwerverbrecher wäre. Das Gesundheitsamt wollte mich unbedingt dazu bewegen, das Kind zu behalten, obwohl ich mich schon entschieden hatte" (Brief Nr. 107).

„Beratung bei Pro Familia war viel zu rational und unpersönlich. Gesprächsthemen: Verhütung, Adoption, Kindergeld. Meine emotionale Haltung zu dem Kind wurde nicht erwähnt, Gefühlsregungen an mir wurden übergangen. Das führte mit dazu, daß ich selbst meine positiven Empfindungen, die trotz aller Rationalität vorhanden waren, endgültig zurückdrängte" (Brief Nr. 239).

„Die Ärzte waren sehr unpersönlich, teilweise auch schroff, die Beratenden eher mitleidig. Ich habe die Erfahrung gemacht, daß Ärzte keinerlei Verständnis für eine solche Situation haben" (Brief Nr. 273).

„Dort saß uns eine ältere Ärztin gegenüber, die uns erst einmal herunterputzte. Wir hatten uns selbst schon genügend Vorwürfe über unsere Leichtfertigkeit gemacht, und sie traf dann noch einmal gehörig in diese Kerbe. Wenn ich ansetzte, etwas dagegen zu sagen, ließ sie mich erst gar nicht aussprechen, sondern redete ihre Predigt weiter: Ich habe Sie wirklich für intelligenter gehalten ... So einfach und unbedacht so etwas zu tun, können Sie sich denn nicht vorher die Konsequenzen denken? ... meine Erfahrungen mit dieser Beratungsstelle waren sehr schlecht. Wir gingen hinaus, und ich kam mir vor wie eine ‚asoziale Hure'" (Brief Nr. 110).

„Die Beratung beim Sozialamt war nicht sehr gut, jedoch hatten wir ja schon unsere Entscheidung getroffen" (Brief Nr. 243).

Auch hier zeigt sich wieder, daß die Erfahrungen der Frauen wesentlich geprägt sind durch die Bestätigung bzw. Nicht-Bestätigung ihrer Erwartungen.

Wird die Frau in ihrer Entscheidung ernst genommen und ein sachliches Gespräch auf dem Hintergrund emotionaler Zuwendung geführt, ist die Bewertung eindeutig positiv.

Wenn die Beratung versucht, der Frau ihre Entscheidung auszureden oder formal-bürokratisch Informationen abhakt, dann sind die Frauen unzufrieden und fühlen sich nicht akzeptiert. Besonders negativ wird wiederum von 11 % der Briefeschreiberinnen bemerkt, daß Berater ihre Aufgabe mißverstehen und als moralische Instanz das Verhalten der Frau negativ sanktionieren.

Insgesamt überwiegt aber die positive Beurteilung. Das wird auch in der Fragebogenauswertung deutlich. Die Gepräche in der Beratungsstelle wurden

als hilfreich bezeichnet, weil ...	1. Nennung	2. Nennung
	in %	
man sich verstanden und akzeptiert gefühlt hat	64,7	–
sachlich über Probleme gesprochen wurde	20,5	29,4
neue, bisher unbekannte Gesichtspunkte für die Entscheidung genannt wurden	2,3	0,7
Adressen von Ärzten bzw. Kliniken vermittelt wurden	5,3	17,2

als belastend empfunden, weil ...	1. Nennung	2. Nennung
	in %	
... die Entscheidung nicht akzeptiert wurde und man versuchte, die Frau umzustimmen	3,6	–
... man sich in seinen Problemen nicht verstanden fühlte	1,3	0,3
... man sich unter moralischen Druck gesetzt fühlte	2,3	1,3
... man zu dem Berater kein Vertrauen fassen konnte	1,7	2,0

(N = 388, Fragebogenauswertung)

Eindeutig überwiegen die positiven Bewertungen, wobei die geringe Effizienz der Gespräche deutlich wird. Nur insgesamt 2 % der Befragten gaben an, daß im Rahmen des Gespräches „neue, bisher nicht bekannte Gesichtspunkte für meine Entscheidung genannt wurden". Diese Zahl ist sehr vorsichtig zu interpretieren auf dem Hintergrund des hohen Grades an Vorentschiedenheit, wodurch viele Frauen die Beratung als ‚Zwangsberatung' erleben und entsprechend negativ bewerten. Die Aussage, „nichts Neues erfahren zu haben", kann auch als Kritik am Zwangscharakter der Beratung verstanden werden.

Einige Frauen glauben, den Mitarbeitern der Beratungsstelle „etwas vormachen zu müssen". Diese Situation erleben sie dann zu Recht als demütigend und unangemessen:

„Alles war so unpersönlich, kalt, routiniert. Andererseits: Was soll man von den Menschen dort erwarten? Für mich war es vielleicht sogar gut, denn irgendeine Art von Mitgefühl oder Mitleid hätten mich wohl von einem Tränenausbruch zum nächsten gebracht. So verlief alles geschäftsmäßig, sachlich, und man kam nach dem ersten Schritt gar nicht mehr richtig zum Überlegen" (Brief Nr. 112).

„Ich traute mir nicht zu sagen, daß ich zum zweiten Male abbrechen will. Die medizinische Beratung war eine ziemliche Seelenmassage. Nach Schilderung meiner Situation wurde mir sehr plump unterschoben, ich hätte einen unbewußten Kinderwunsch und die Verweigerung einer Mutterschaft wäre psycho-therapeutisch behandlungsbedürftig. Ich fühlte mich weniger beraten als erniedrigt und verletzt. Die soziale Beratung war sehr routinemäßig. Der Sozialberater sah, daß ich überzeugt war und stellte mir den Schein aus" (Brief Nr. 184).

Die Erwartung an die soziale Beratung ist in der Regel die, möglichst problemlos den notwendigen „Schein" ausgestellt zu bekommen. Zumeist scheint die Beratung nach der Indikationsstellung durch den Arzt durchgeführt zu werden.

9.4.3 Erfahrungen mit Institutionen, die den Schwangerschaftsabbruch durchgeführt haben

In den meisten Fällen vermittelten Arzt bzw. Beratungsstelle das benötigte Klinikbett (57,2 %) bzw. übergaben der Frau die Adresse einer Klinik, damit diese dort selbst einen Termin vereinbaren konnte (29,9 %). Nur 3,6 % der Frauen mußten selbst eine Klinik ausfindig machen, die bereit war, den Schwangerschaftsabbruch durchzuführen, und machten dabei zumeist unangenehme und demütigende Erfahrungen [30]).

Insgesamt überwiegen auch bei den Klinikerfahrungen die positiven Berwertungen. 51,8 % äußerten sich zufrieden mit den Ärzten, 66,9 % waren zufrieden mit dem Pflegepersonal. Negative Erfahrungen wurden allerdings von 28,9 % in bezug auf Ärzte und 19,6 % in bezug auf das Pflegepersonal angegeben.

Die als positiv eingeschätzten Erfahrungen sind zumeist als überraschte Äußerungen über das Nichteintreffen der erwarteten negativen Erfahrungen zu verstehen:

„Keinerlei Schikane ausgeliefert"

„Behandelt wie ein normaler Patient."

„Die Behandlung habe ich in keiner Weise diskriminierend empfunden, ich wurde behandelt wie eine normale Patientin."

„Auch in diesem Krankenhaus nicht schlechter behandelt als ein normaler Kranker, was gerade in diesem Stadium viel ausmacht."

Ausführlicher sind wieder die Mitteilungen über negative Erfahrungen:

„Am schlimmsten war aber der Mangel an Informationen. Den Frauen wurde nichts erklärt, der Ablauf, das was auf einen zukam, war allen sehr unklar, was Unsicherheit und Angst zur Folge hatte. Alles verlief unpersönlich und mechanisch. Kein Wort über den Eingriff . . ."

„Ich wurde ziemlich schäbig behandelt, und erst nach der Operation wurde ich darüber aufgeklärt, daß die Gebärmutter entfernt worden sei."

„Keinerlei Information, weder vorher, noch nachher, noch während des Aufenthaltes. . . . es war ein Gefühl des totalen Ausgeliefertseins."

„Ärzte und Krankenschwestern . . . haben versucht, mich unter allen Umständen von meinem Entschluß abzubringen. Sie sprachen von Moral, behandelten mich schlechter als andere Patienten, und die medizinische Behandlung im Vergleich zu anderen Ärzten war sehr brutal."

„. . . barsche Behandlung, uninteressiert, Untersuchungen und OP-Vorbereitungen sehr schmerzhaft, rücksichtslos."

„Sehr abweisend, arrogant, grob".

„Begrüßt den Patienten nicht einmal, sondern fängt gleich mit der Operation an."

„Fragen wurden nicht beantwortet."

„Der Arzt hat Patienten regelrecht fertig gemacht – lassen Sie sich hier ja nicht wieder blicken."

„Demütigend: Sie hätten ja nicht ficken brauchen."

Entsprechend waren die negativen Äußerungen über das Pflege- und Assistenzpersonal:

„. . . brachte mich durch ihr verächtliches Verhalten zum Weinen".

„Die Schwestern waren sehr unfreundlich, barsch, abweisend."

[30]) Ergebnisse der Fragebogenauswertung.

„Die Behandlung war schlechter als bei anderen Patientinnen."

„Schwestern machten keinen Hehl daraus, daß sie Abtreibung für eine Schweinerei und uns für Verbrecherinnen hielten."

„Keiner kümmert sich um die psychische Verfassung."

Ein Teil der Kritik, insbesondere die Klagen über unzureichende Information, bezieht sich auf die allgemeine Situation im Krankenhaus. In mehreren empirischen Untersuchungen [31]) wurde ein allgemeines Informationsdefizit von Krankenhauspatienten festgestellt. Allerdings ist zu berücksichtigen, daß unter den psychischen Belastungen eines Schwangerschaftsabbruches das Bedürfnis nach Information besonders groß ist. Der zweite Hauptpunkt der Kritik bezieht sich auf die diskriminierende Behandlung durch Ärzte und Schwestern.

Als problematisch wird die gelegentliche Unterbringung auf geburtshilflichen Stationen erlebt.

Wenn auch die Gruppe derjenigen Frauen, die über negative Erfahrungen berichten, groß ist, so überwiegen diejenigen, die sich freundlich und wie ein ‚normaler Patient' behandelt fühlten.

9.4.4 Erfahrungen mit dem Instanzenweg

Konfrontiert mit der Schwangerschaft waren über zwei Drittel der Befragten [32]) sich sofort im klaren darüber, daß für sie nur ein Abbruch in Frage käme. Etwa 20 % waren noch unschlüssig und ca. 13 % wollten eigentlich ein Kind haben. Vor dem Eintritt in den vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Instanzenweg fällt in ca. 85 % der Fälle die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch. Eine diesbezügliche Fragebogenfrage macht den Einfluß der verschiedenen Bezugspersonen für die Entscheidungsfindung deutlich:

34 % hatten die Entscheidung allein gefällt, bei 49,9 % war der Einfluß des Partners/Ehemann, bei 7,3 % der von Freunden und Bekannten, bei 5,3 % der von Eltern und Geschwistern
dominant.

Untersucht man die Reihenfolge der Entscheidungsschritte, so steht an erster Stelle das Gespräch mit dem Partner, an zweiter der Arztbesuch und an dritter das Aufsuchen einer Beratungsstelle.

In 45,2 % der Fälle wurde die Entscheidung gemeinsam mit dem Partner getroffen. Der Einfluß des Arztes bzw. der Beratungsstelle auf die Entscheidung ist relativ gering.

31) A. Schmitz: Die Information von Patienten im Krankenhaus. Med. Diss., Freiburg (1975). J. Siegrist: Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Stuttgart (1978). E. Jünger: Krankenhausfunk als Medium zur positiven Beeinflussung des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens von Klinikpatienten. Med. Diss., Freiburg (1979).

32) Dies sind die Fraueh, die aufgrund der vorne zitierten Fragebogenerhebung ihre Erfahrungen mit dem Schwangerschaftsabbruch nach der Reform mitteilten.

Tabelle 5

Einfluß auf die Abbruchsentscheidung

	Arzt	Beratungsstelle
überhaupt nicht	74,3	75,6
etwas beeinflußt	7,3	6,6
ausschlaggebend	9,6	5,6
keine Antwort	5,9	12,7

(N = 388, Fragebogenerhebung)

Auffallend ist, daß der Einfluß der Beratungsstellen gleichermaßen gering ist wie der der Ärzte. Da nur wenige Frauen angeben, in den Beratungsgesprächen mit neuen Gesichtspunkten konfrontiert worden zu sein, zeigt sich, daß die meisten Frauen das Problem hinreichend durchdacht hatten.

Da der Arzt in der Regel die erste, den weiteren Verlauf beeinflussende Instanz ist, kann er mit seinem Verhalten den weiteren Ablauf des Verfahrens wesentlich steuern. Grundsätzlich können wir verschiedene Verhaltenstypen unterscheiden:

A. Der Arzt lehnt einen Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich ab und läßt die Frau das mehr oder weniger deutlich spüren bzw. versucht, sie von ihrer Entscheidung abzubringen.

B. Er verhält sich neutral und ‚überweist' die Patientin an eine Beratungsstelle, die in der Regel nach erfolgter Beratung die Adresse eines die Indikation ausstellenden Arztes sowie eine den Abbruch durchführende Klinik vermittelt.

C. Er engagiert sich bei der Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch und versucht, im Gespräch mit der betroffenen Frau zu klären, ob eine Indikation vorliegt oder nicht. Wird er nicht überzeugt, so verweigert er die Ausstellung einer Indikation. Hält er eine Indikation für gegeben, so überweist er die Frau an eine Beratungsstelle und vermittelt sie zu einer den Abbruch durchführenden Einrichtung. Falls das am Ort nicht möglich ist, vermittelt er die Adresse einer Klinik im Ausland (zumeist Holland). Im Falle ökonomischer Schwierigkeiten und bei Entscheidungsambivalenz der Frau überweist er sie zu einer kirchlichen Beratungsstelle.

D. Er akzeptiert in jedem Fall die Entscheidung der betroffenen Frau. Je nach lokalen Gegebenheiten vermittelt er Auslandsadressen oder arbeitet mit Beratungsstellen und Kliniken zusammen.

Die verschiedenen Abläufe haben sich inzwischen eingespielt, so daß bei Vorliegen einer Indikation die Frauen in der Regel relativ problemlos ihre Entscheidung realisieren können. 58 % der Briefeschreiberinnen hatten nur drei Institutionen aufgesucht, 39 % bis zu zwei weitere Institutionen und nur 3 % mußten bis zu maximal sieben verschiedene Stellen aufsuchen, bis sie ihren Abbruchswunsch realisieren konnten.

Die Entscheidung zur Durchführung eines Abbruchs im Ausland fällt im allgemeinen relativ schnell und

nicht immer nach frustrierenden Erfahrungen in der Auseinandersetzung mit Ärzten und Beratungsstellen.

Auffallend ist, daß die Frauen nach dem Eingriff nur relativ selten mit anderen darüber reden:

18,5 % wollten mit niemandem mehr darüber sprechen,
5,3 % hätten gern mit jemandem gesprochen, fanden aber keinen Gesprächspartner.

Gespräche wurden geführt von:

52,8 % mit dem Partner bzw. Ehemann,
37,7 % mit Verwandten, Freunden und Bekannten,
30,4 % mit anderen Patientinnen,
21,1 % mit ihrem frei niedergelassenen Gynäkologen bzw. Hausarzt,
10,6 % mit Ärzten in der Klinik,
4,6 % mit Beratungsstellen,
2,7 % mit Schwestern in der Klinik.

Besonders auffallend ist, daß die Beratungsstellen mit 4,6 % an vorletzter Stelle stehen, obwohl hier allgemein das Angebot eines Gespräches nach dem Eingriff gemacht wird. Hier zeigt sich deutlich, daß die Beratungsstellen ihrem Anspruch nicht gerecht werden [33]).

Ebenso ist bedenklich, daß nur etwa jede 5. Frau mit ihrem Gynäkologen noch einmal über den Eingriff spricht.

Insgesamt fällt auf, daß 23,8 % völlig auf sich allein gestellt mit den Erfahrungen eines Schwangerschaftsabbruches fertig werden müssen.

9.4.5 Beurteilung des reformierten § 218 auf dem Hintergrund eigener Erfahrungen

Die Frauen, deren Briefe bzw. Fragebögen von uns ausgewertet wurden, können in gewisser Weise als ‚Experten' für die praktische Anwendung des reformierten § 218 angesehen werden, da sie seine Wirkungsweise im Alltag selbst erlebt haben.

Auffallend ist auf den ersten Blick die große Diskrepanz zwischen einer relativ positiven Einschätzung der eigenen Erfahrungen mit indikationsstellenden Ärzten, Beratungsstellen und den Abbruch durchführenden Kliniken auf der einen und der kritischen Beurteilung des Gesetzes auf der anderen Seite. 81 % derjenigen Frauen, die in ihren Briefen eine explizite Stellungnahme zu dem reformierten § 218 abgegeben haben (67,4 % der Briefe), äußerten eindeutig eine negative Kritik. Diese bezog sich auf die Handhabung (Verfahrensablauf, regionale Unterschiede), die Behandlung in den verschiedenen Instanzen sowie eine grundsätzliche Kritik des Gesetzes (Selbstbestimmungsrecht der Frauen, Instanzenwillkür, soziale Ungerechtigkeit).

Während sich nur 5,4 % der Frauen einverstanden mit dem Gesetz erklärten, übten 30,4 % Kritik an der Handhabung, 15,2 % Kritik an der Behandlung von Ärzten und Beratern und 54,5 % am Gesetz insgesamt. Ärzte und Beratungsstellen werden als „Genehmigungsstellen" eingeschätzt, die betroffenen Frauen erleben sich häufig als „Bittstellerinnen".

Die Diskrepanz zwischen der breiten Kritik am Gesetz und der relativen Zufriedenheit mit den selbst gemachten Erfahrungen findet im wesentlichen ihre Erklärung darin, daß in der bundesrepublikanischen Bevölkerung eine weit verbreitete negative Erwartung besteht über Schwierigkeiten, die erwünschte Indikation zu erhalten sowie über den demütigenden Gang durch die Institutionen [34]). Dieses Vorurteil mag dazu beitragen, daß die überwiegende Mehrzahl der betroffenen Frauen (ca. 85 %) vor der ersten Konsultation eines Arztes sich fest entschlossen hat, die Schwangerschaft abbrechen zu lassen. (Hierfür spricht auch, daß dieser Prozentsatz bei der ersten Bestätigung des Vorliegens einer Schwangerschaft noch bei ca. 67 % liegt).

Auf dem Hintergrund der eindeutig negativen Erwartungen werden ‚normale' Verhaltensweisen von Ärzten, Beratern und Pflegepersonal überrascht als positiv bewertet. Die Mehrzahl der Frauen ist dann auch mit den eigenen Erfahrungen insgesamt zufrieden. Diese Zufriedenheit ist allerdings nur relativ, was sich u. a. durch Klagen über demütigende und unpersönliche Behandlungen zeigt. Viele Frauen leiden darunter, daß sie, um die erwünschten Bescheinigungen zu erhalten, sich gezwungen fühlen, Ärzten und Beratern „etwas vorzumachen". Man schätzt die eigenen Erfahrungen so ein, daß man selber „Glück gehabt" hat und ist der Meinung, daß es der Mehrzahl der anderen Frauen – besonders wenn sie aus sozial schwächeren Schichten stammen – sehr viel schlechter ergeht. Auf diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, daß die überwiegende Mehrzahl der Frauen den § 218 in der vorliegenden Form ablehnt und für die Fristenlösung oder sogar die Abschaffung plädiert. Überraschend sind dabei die ausführlichen und differenzierten Begründungen für diese Einstellungen:

> „Es ist doch einfach ein Unsinn, wenn Leute behaupten, die Frauen würden so ungefähr aus Lust an der Abtreibung abtreiben. Es wird niemals ein leichter Entschluß sein, einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen. Jede Frau wird abwägen und versuchen, alle Aspekte zu berücksichtigen . . . Und die, die jetzt behaupten, sie würden bestimmt so oder so entscheiden, werden feststellen, daß sich ihnen das ganz anders darstellen wird, wenn sie erst einmal in der Situation sind. Ein Kind verändert zwangsläufig das Leben der Frau, die dieses Kind bekommt, aber nicht unbedingt das des Mannes, der es gezeugt hat. Von daher hat niemand anderes als diese Frau das Recht zu entscheiden, ob sie das Kind austragen will oder nicht. Und schon gar nicht irgendwelche Bürokraten irgendwelcher Institutionen" (Brief 67).

> „Früher war ich gegen einen Schwangerschaftsabbruch, wenn er nicht gerade aus medizinischen oder ethischen Gründen gerechtfertig ist. Heute denke ich da anders. Ich habe selber erfahren, wie man sich fühlt, wenn man ungewollt schwanger geworden ist. Ich glaube schon, daß die Situation vieler Frauen noch schlimmer ist, als es bei mir war. Ich finde es

[33]) Grünwald fand bei einer Auswertung von 941 Karteidaten einer Pro-Familia-Stelle des 1. Halbjahres 1977, daß nur 1 % der Befragten zu einer Nachberatung kamen.

[34]) Vgl. Bevölkerungsumfrage, Kapitel 12.2.6.2.

einfach ungerecht, daß es von der Willkür der Ärzte abhängt, was aus den Frauen wird. Auch meine ich, daß Ärzte und Beratungsstellen durchaus nicht immer wirklich beurteilen können, wie es für die betreffende Frau aussieht" (Brief Nr. 179).

„Das heißt, ich halte es einzig und allein für richtig, daß eine Frau, die schwanger ist, allein zu entscheiden hat, ob sie ein Kind haben will oder nicht. Ich halte aber eine Beratung mit einer Psychologin aus eigener Erfahrung für wichtig und notwendig vor einer Abtreibung. Denn vor einer unbeteiligten Person ist man leichter in der Lage, sich nochmals zu der Entscheidung zu stellen, sie zu überprüfen, sie in Frage zu stellen, kurz, sich Klarheit zu verschaffen. Legale Abtreibung mit vorheriger Beratung (Beratung als Pflicht) halte ich für die einzig mögliche und wirkliche Reform. Das Ergebnis der Beratung darf keinerlei Einfluß auf die Bereitschaft der Ärzte haben. Diese müssen die Entscheidung der Betroffenen akzeptieren" (Brief Nr. 263).

Auch in der Bevölkerungsumfrage zum Schwangerschaftsabbruch wurde festgestellt, daß „drei Viertel der Befragten die Entscheidung über einen Abbruch alleine der Betroffenen zubilligen" [35]). Aufgrund der auch in anderen Untersuchungen bestätigten hohen Zahl definitiv vorentschiedener Frauen ergibt sich für diese in der Konfrontation mit den Legitimierungserwartungen der Institutionen eine defensive Rechtfertigungshaltung, die Gefühle des Ausgeliefertseins, der Demütigung und der Verlogenheit provoziert [36]).

In den Fällen, in denen Frauen Schwierigkeiten haben, ihre Vorentscheidung gegenüber den vorgesehenen Instanzen durchzusetzen, können sich zusätzlich psychische Belastungen ergeben. Hierzu abschließend ein Zitat aus dem Brief einer Frau, die entsprechend ihren Sozialmerkmalen der Unterschicht zuzuordnen ist:

„Ich habe diesen Schritt nicht bereut, aber die nervlichen Belastungen, bis es so weit war, könnte ich nicht noch einmal mitmachen" (Nr. 260).

9.5 Erfahrungen mit einem Schwangerschaftsabbruch im Ausland

Trotz der Reform des § 218 fahren immer noch Frauen ins Ausland, zumeist nach Holland [37]). Als wesentlicher Grund läßt sich die Diskriminierungserwartung im Instanzenweg, wie er durch den reformierten § 218 vorgeschrieben ist, anführen. So zeigte die Bevölkerungsumfrage bei Frauen in der Bundesrepublik Deutschland, daß 16,5 % angaben, sie würden im Falle einer ungewollten Schwangerschaft lieber gleich ins Ausland fahren und nicht erst den Versuch eines legalen Abbruchs in der Bundesrepublik Deutschland unternehmen.

Dieser Prozentsatz erhöht sich durch die Frauen, die – aus welchen Gründen auch immer – in der Bundesrepublik keine Indikation für einen Abbruch bescheinigt bekommen und deshalb ins Ausland fahren. Bei der Auswertung der Erfahrungsberichte von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch im Ausland durchführen ließen, lag der Anteil bei ca. 40 %.

Die Auswertung der Briefe zeigte weiterhin, daß die Mehrzahl der Frauen über ausgesprochen positive Erfahrungen mit dem ambulant in Holland ausgeführten Abbruch berichten. Von 121 Erfahrungsberichten waren 63,3 % positiv, 0,8 % negativ und 0,1 % berichteten über positive sowie negative Erfahrungen. Bei 26,4 % der Briefe konnte die Qualität der Erfahrungen nicht bewertet werden.

Als besonders positiv wurde bewertet:

— die persönliche und angstfreie Behandlung in angenehmer Atmosphäre
— die gründliche Beratung ohne den Versuch einer Entscheidungsbeeinflussung
— der problemlose Eingriff [38]).

Das normale Procedere eines Schwangerschaftsabbruches in den Stimezo-Kliniken in Holland [39] ist vergleichsweise einfach und unkompliziert.

Auffallend ist, daß die Mehrzahl der Frauen besonders ihre Zufriedenheit mit der freundlichen, verständnisvollen Behandlung durch das Personal in den Kliniken betont.

Auffallend ist, daß die Mehrzahl der Frauen besonders ihre Zufriedenheit mit der freundlichen, verständnisvollen Behandlung durch das Personal in den Kliniken betont.

Auf dem Hintergrund dieser Erfahrungen sind die Einstellungen zum reformierten § 218 verständlich. Die überwiegende Mehrzahl befürwortet die Einführung der Fristenlösung bzw. die Streichung des § 218. Als Gründe dafür werden vor allem das Recht auf Selbstbestimmung der betroffenen Frauen sowie die unzumutbaren Demütigungen in der Abhängigkeit von den die Indikation stellenden Ärzten, den Beratungsstellen und den die Durchführung eines Abbruches verweigernden Kliniken angeführt. Vergleicht man die Erfah-

	Frauen	
	die ihre Schwangerschaft im Rahmen des § 218 in der Bundesrepublik Deutschland unterbrechen ließen	die zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches ins Ausland fuhren
	in %	
gleich zum Abbruch entschlossen	85,2	86,7
unentschlossen und in ihrer Entscheidung wesentlich durch andere beeinflußt	7,8	7,4
nicht zuzuordnen	7,0	5,9

(Auswertung der Briefe N = 388)

[35]) Vgl. Kapitel 12.2.2.3.

[36]) 93 % nach: Grünwald, Ursula: Auswirkungen der Neufassung des § 218 StGB. Erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung an 941 ratsuchenden Frauen. In: Volkmar Sigusch (Hrsg.) Sexualität und Medizin, Köln 1979, S. 132 bis 140, und Runte a.a.O.

[37]) Vgl. dazu Kapitel 3.6 sowie Kapitel 15.2.1.

[38]) Dies könnte u. a. darauf zurückzuführen sein, daß in Holland vor allem Abbrüche vor der 10. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden.

[39]) Vgl. dazu Kapitel 15.2.1.

rungsberichte von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch im Rahmen des reformierten § 218 in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt haben, mit denen, die dafür ins Ausland gefahren sind, so zeigt sich, daß die primäre Entschlossenheit zum Abbruch der Schwangerschaft fast identisch ist.

Nach der Bestätigung des Vorliegens einer Schwangerschaft waren . . .

Im Vergleich dazu ist die retrospektive Zufriedenheit mit der Entscheidung für den Abbruch einer Schwangerschaft interessant.

	Frauen	
	die ihre Schwangerschaft im Rahmen des § 218 in der Bundesrepublik Deutschland unterbrechen ließen	die zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches ins Ausland fuhren
	in %	
zufrieden mit der gefällten Entscheidung	66,8	71,9
die Entscheidung zum Abbruch wird bedauert bzw. ambivalent beurteilt.	17,0	12,4
nicht zuzuordnen	16,2	15,7
	100	100

Die Entscheidungszufriedenheit der Frauen, die ins Ausland gefahren sind, ist deutlich größer. Diese korreliert mit einer einheitlicheren und positiveren Einschätzung der psychologischen und medizinischen Behandlung.

Auffallend ist, daß der Prozentteil derjenigen, die ‚zufrieden mit der gefällten Entscheidung' waren, deutlich unter dem derer liegt, die ‚gleich zum Abbruch entschlossen waren'. Es wäre eine sinnvolle Aufgabe der psychosozialen Beratung, diejenigen Frauen zu erkennen und spezifisch zu beraten, hinter deren Abbruchsentscheidung möglicherweise eine Ambivalenz steht, die nachträglich eine Unzufriedenheit begründet. Hier scheint ein echter Beratungsbedarf vorzuliegen.

9.6 Unterschiedliche Erfahrungen von Frauen aus verschiedenen sozialen Gruppen

Die vorliegenden empirischen Daten lassen nur sehr begrenzte Aussagen darüber zu, ob Frauen verschiedener sozialer Gruppen unterschiedliche Erfahrungen bei der Auseinandersetzung mit Schwangerschaftskonflikten machen. Die durchgeführten Korrelationen mit den erfaßten Sozialdaten brachten keine eindeutigen statistisch verwertbaren Unterschiede.

Trotzdem können wir grundsätzlich feststellen, daß es Frauen sehr viel leichter gemacht wird, ihre Vorentscheidung zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches zu realisieren, wenn sie diese gegenüber den konsultierten Ärzten und Beratungsstellen plausibel machen können. Aufgrund ihrer sozialen Herkunft sowie ihrer sozialen Lage werden Ärzte und Berater Begründungen für die Notwendigkeit eines Schwangerschaftsabbruches von Frauen der mittleren Sozialschichten sehr viel eher verstehen und damit akzeptieren können als solche von Frauen der unteren Sozialschichten. Dazu wirken sich Sprachbarrieren sowie die geringer entwickelten Verbalisationsfähigkeiten von Frauen der Unterschicht erschwerend für diese aus.

Die vorliegenden Informationen über die derzeitige Handhabung des reformierten § 218 zeigt, daß diejenigen Frauen es leichter haben, ihre Vorentscheidung zu realisieren, die über Fähigkeiten und Erfahrungen mit der Durchsetzung eigener Interessen gegenüber öffentlichen Organisationen im allgemeinen sowie in der Kommunikation mit Ärzten und Beratungsstellen im besonderen verfügen.

9.7 Wesentliche Ergebnisse der Befragung betoffener Frauen

Auf dem Hintergrund der vorliegenden empirischen Daten lassen sich zusammenfassend folgende Aussagen machen:

Grundsätzlich ist es für jede Frau in unserer Gesellschaft ‚selbstverständlich", eine Schwangerschaft auszutragen.

Erst durch die individuelle Biographie und die gruppenspezifische soziale Lage ergeben sich Gründe, die einen Schwangerschaftsabbruch im Vergleich zu den Konsequenzen der Geburt eines (weiteren) Kindes als ‚geringeres Übel' erscheinen lassen.

Daraus resultieren Entscheidungskonflikte in drei Ebenen

- — als intrapsychischer Konflikt der betroffenen Frau
- — als sozialer Konflikt zwischen der Entscheidung der betroffenen Frau und den Entscheidungen ihrer Bezugspersonen (Partner, Eltern)
- — als sozialer Gruppenkonflikt zwischen der Entscheidung der Frau und ihrer Bezugspersonen auf der einen und den für angemessen gehaltenen Entscheidungen der Bezugsgruppen auf der anderen Seite.

Der unvermeidbare intrapsychische Konflikt der betroffenen Frau wird verstärkt oder gemildert durch die Reaktionen der Bezugspersonen und -gruppen.

Stimmen die Entscheidungen der betroffenen Frau, ihrer Bezugspersonen und der dazu gehörenden Bezugsgruppen überein, dann sind die psychischen Folgen gering. Je größer die Entscheidungsdiskrepanzen und je wesentlicher die Bezugspersonen oder -gruppen für die betroffene Frau sind, desto größer sind die psychischen Folgen.

Die Erfahrungen der betroffenen Frauen im Prozeß des vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Instanzenweges sind abhängig von ihren Erwartungen. Bei den in unserer Gesellschaft immer noch weit verbreiteten Diskriminierungserwartungen ist die Mehrzahl der Frauen positiv überrascht über Erfahrungen einer normalen Behandlung. Demgegenüber werden Diskriminierungserwartungen bestätigt durch die Erfahrungen

von 11,1 % der Fraun mit Ärzten zur Indikationsstellung
bei 11,0 % der Frauen mit Beratungsstellen
bei 28,9 % der Frauen mit Krankenhausärzten
bei 19,6 % der Frauen mit Pflegepersonal in Krankenhäusern.

Nach wie vor gehen Frauen auch deswegen zum Schwangerschaftsabbruch ins Ausland, weil sie sich wegen negativer Erwartungen dem Verfahren des Abbruchs in Deutschland nicht aussetzen wollen. Hier spielen sicher Vorurteile eine Rolle, es spielen in diese Entscheidungen aber auch negative Erfahrungen mit den Möglichkeiten in der Bundesrepublik Deutschland hinein. Die rückläufigen Abbruchszahlen im Ausland sprechen jedoch dafür, daß sich in der Bundesrepublik Deutschland ein praktikables und akzeptables Angebot zunehmend durchsetzt.

10 Die Kosten der Strafrechtsreform

Die mit der Strafrechtsreform getroffenen Sonderregelungen [1]) sind eingeordnet in das vorgegebene organisatorische und strukturelle Gesamtkonzept regulärer gesundheits-, sozial- und familienpolitischer Maßnahmen. Zusätzlich entstandene Kosten sind daher oft nur annähernd abzugrenzen.

Während der Überblick über ihren Umfang im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung mit bundesweit geltenden Pflege- und ärztlichen Gebührensätzen relativ leicht fällt, können sie auf anderen Gebieten nur grob geschätzt werden. Dies gilt vor allem für das freiwillige Angebot unterschiedlicher Leistungsträger, die mit zusätzlichen flankierenden Maßnahmen um die Bereitstellung der im Gesetz geforderten Hilfen für Schwangere bemüht sind.

Sie sind nicht selten so fest integriert in ein Bündel umfassender sozialer Leistungen, daß dem Versuch ihrer Abgrenzung nur spekulative Bedeutung zukommen könnte. Die Kommission hat daher auch nur die Kosten für solche Leistungen berücksichtigt, die entweder im Fünfzehnten Strafrechtsänderungsgesetz oder im Gesetz über ergänzende Maßnahmen zum Fünften Strafrechtsreformgesetz ausdrücklich genannt werden.

Unter Berücksichtigung der jeweiligen Kostenträger ergibt sich dabei einerseits die Darstellung der Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung für den Abbruch einer Schwangerschaft und die damit verknüpften ergänzenden Pflichtleistungen und andererseits die Abschätzung der Kosten der unteschiedlichen Träger für die in § 218 StGB geforderte soziale Beratung.

10.1 Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen und der Sozialhilfeträger

Bereits am 21. März 1974 hat der Bundestag die Bundesregierung beauftragt, einen Bericht über die Erfahrungen mit den ergänzenden Maßnahmen zum Fünften Strafrechtsreformgesetz (Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetz) [2]) vorzulegen und dabei u. a. die Inanspruchnahme der einzelnen Leistungen und die Ausgaben der Krankenkassen für diese Leistungen zu erläutern. Diesem Auftrag hat die Bundesregierung mit Bericht vom 28. Dezember 1978 entsprochen [3]).

Der Bericht enthält eine Analyse der Daten, die bei den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung, den kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern sowie bei Trägern der Sozialhilfe im Zusammenhang mit der Durchführung der ergänzenden Maßnahmen nach dem Fünften Strafrechtsreformgesetz unter vorwiegend finanziellen Aspekten im Verlauf eines Jahres erhoben worden sind [4]). Danach setzen sich die Kosten der gesetzlichen Krankenversicherungen für den angegebenen Berichtszeitraum wie folgt zusammen:

Leistungen	Kosten in DM
Beratungen zur Empfängnisregelung: 4 852 256 Abrechnungsfälle	57 188 039
Stationär durchgeführte Sterilisationen: 38 410 Abrechnungsfälle	36 146 868
Beratungen und Maßnahmen im Zusammenhang mit Sterilisationen: 51 214 Abrechnungsfälle	1 796 331
Stationäre Schwangerschaftsabbrüche: 50 273 Abrechnungsfälle	50 329 657
Beratungen und ambulante Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen: 128 409 Abrechnungsfälle	4 787 187
Krankengeld bei Sterilisation: 15 569 Tage	388 308
Krankengeld bei Schwangerschaftsabbrüchen: 29 284 Tage	724 973
Haushaltshilfe bei Sterilisation: 1 504 Fälle	393 081
Haushaltshilfe bei Schwangerschaftsabbrüchen: 1 663 Fälle	384 975
	152 139 419

Die Gesamtausgaben der Träger der Krankenversicherung beliefen sich damit auf rd. 152 Millionen DM. Für 1978 wird ein Anstieg der Ausgaben auf rd. 190 Millionen DM, für 1979 auf rd. 200 Millionen DM erwartet. Auch für die folgenden Jahre wird mit Ausgaben von mindestens 200 Millionen DM jährlich gerechnet.

Gemäß § 4 des Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetzes zahlt der Bund den Trägern der Krankenversicherung

[1]) Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetz vom 25. August 1975; siehe Kapitel 1, Abschn. 1.4.
[2]) Siehe Kapitel 1, Abschn. 1.4.
[3]) BT-Drucksache 8/2445.

[4]) Bei den stationären Leistungen wurde das Kalenderjahr 1977, bei den ambulanten Leistungen der niedergelassenen Ärzte der Zeitraum vom 1. April 1977 bis 31. März 1978 zugrunde gelegt.

in den Jahren 1975 bis 1979 einen Zuschuß in Höhe von 55 Millionen DM je Kalenderjahr [5]).

Nur bedingt erlaubt der vom BMA vorgelegte Bericht eine klare Differenzierung der tatsächlich erbrachten Leistungen und Rückschlüsse auf das Ausmaß ihrer Inanspruchnahme. So läßt sich bei den Beratungen zur Empfängnisregelung und den ambulanten, mit einem Schwangerschaftsabbruch zusammenhängenden Maßnahmen nur die Zahl der Abrechnungsfälle pro Quartal, nicht dagegen die Zahl betreuter Personen ermitteln. Wiederholte ärztliche Beratung zur Konzeptionsverhütung z. B. kann sich im Laufe des Jahres ohne weiteres mit vier, bei einem Arztwechsel sogar mit noch mehr Abrechnungsfällen in der Statistik niederschlagen. Auch ist keine Aussage über die Art der mit einem Schwangerschaftsabbruch verbundenen Maßnahmen möglich. Es kann sich sowohl um die ärztliche Untersuchung als auch um die ärztliche Beratung und Indikationsfeststellung, als auch um die ambulante Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs handeln [6]).

Bei der Wiedergabe von Daten aus dem stationären Krankenhausbereich ist zu bedenken, daß der Erhebungsmodus Dokumentationslücken nicht ausschließen läßt. Der Datensammlung liegt lediglich eine Empfehlung des Vorstandes der Deutschen Krankenhausgesellschaft zugrunde, die den Krankenhäusern nahegelegt, die entsprechenden Rechnungen an die Träger der Krankenversicherung besonders zu kennzeichnen. Inwieweit dieser Empfehlung Folge geleistet worden ist, entzieht sich der Überprüfung im Einzelfall.

Trotz der damit gegebenen Einschränkung hinsichtlich der Verläßlichkeit der Berichtszahlen ergibt sich insgesamt jedoch ein Bild, das auch nach der Meinung von Fachleuten die tatsächlichen Verhältnisse annähernd wiedergibt. Ein Vergleich mit den stationär erfolgten Schwangerschaftsabbrüchen in der für den gleichen Zeitraum veröffentlichten Bundesstatistik, die nicht auf gesetzlich krankenversicherte Frauen beschränkt ist, zeigt jedenfalls insgesamt eine vollständigere Erfassungsquote von seiten der Kostenträger. Landesspezifische Unterschiede ergeben sich aus Tabelle 1 [7]).

[5]) Der Zuschuß für 1975 konnte nicht ausgezahlt werden, da das Fünfzehnte Strafrechtsänderungsgesetz erst am 21. Juni 1976 in Kraft trat.

[6]) Weiterhin werden ambulante Leistungen an Universitätskliniken aufgrund anderer Verwaltungsstrukturen, die durch Pauschalverträge mit kassenärztlichen Vereinigungen gekennzeichnet sind, mit der Analyse insgesamt nicht erfaßt.

[7]) Erläuterungen zu den Tabellenwerten in Kapitel 2, Abschn. 3.3.

Tabelle 1

Maßnahmen nach § 200 f RVO, § 31 b KVLG – Schwangerschaftsabbruch, stationäre Vornahme

Bundesland	gemeldete Fälle 1977		
	Krankenkassenstatistik [1])	Bundesstatistik	RVO-Fälle auf 100 Meldungen
Baden-Württemberg	8 015	7 894	101,5
Bayern	7 750	5 439	142,5
Berlin	6 840	4 316	158,5
Bremen	1 656	877	188,8
Hamburg	4 089	3 321	123,1
Hessen	5 442	6 469	84,1
Niedersachsen	6 600	6 964	94,8
Nordrhein-Westfalen	4 226	4 020	105,1
Rheinland-Pfalz	1 211	582	208,1
Saarland	373	389	95,9
Schleswig-Holstein	2 907	2 453	118,5
Bund	50 273 [2])	42 724	117,7

[1]) einschließlich der Fälle bei stationärer Behandlung durch Belegärzte.

[2]) Die Bundessumme umfaßt ferner 670 Fälle bei Betriebskrankenkassen, 230 Fälle bei der Bundesknappschaft sowie 264 Fälle bei Arbeiterersatzkassen, die nicht den Bundesländern zugeordnet werden können.

Die Differenzen zwischen der Berichterstattung von Ärzten an das Statistische Bundesamt und den Erhebungen der Krankenkassen, die zu ergänzen wären um die Quote der nicht auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen erfolgenden Eingriffe, bestätigen die auch aus anderen gesundheitlichen Bereichen bekannte, wenig ausgeprägte Meldefreudigkeit der Ärzteschaft, die offensichtlich der weiteren Motivierung bedarf. Politisch bestimmte Grundauffassungen der Länderregierungen zur Frage des Schwangerschaftsabbruchs scheinen bei der Meldebereitschaft eine eher untergeordnete Rolle zu spielen.

Aus der Umfrage bei gynäkologischen Chefärzten [8]) ergibt sich, daß etwa ein Viertel der befragten Ärzte Vorbehalte gegenüber der Meldepflicht äußerten, wobei das Bedürfnis nach Anonymität und die Sorge vor politischer Überwachung besonders hervorgehoben wurden.

Durch das Gesetz über ergänzende Maßnahmen zum Fünften Strafrechtsreformgesetz ist auch das Bundessozialhilfegesetz um die Verpflichtung zur Hilfe bei einem nicht-rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft oder bei einer nicht-rechtswidrigen Sterilisation ergänzt worden. Erhebungen in einigen Städten und Landkreisen haben jedoch gezeigt, daß diese Maßnah-

[8]) Siehe Kapitel 6, Abschn. 6.2.2.

men zumindest während der Anlaufzeit in der Sozialhilfepraxis nur eine untergeordnete Rolle gespielt haben. Die Entwicklung bleibt deshalb vorerst abzuwarten.

Ebenso kann der Umfang der aufgrund des Beihilferechts des Bundes und der Länder entstandenen Kosten zur Zeit noch nicht abschließend beurteilt werden. Erfahrungsgemäß bedarf es einer gewissen Übergangszeit, bis die Leistungsverbesserungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch auf Beamte Anwendung finden.

Während das Beihilferecht des Bundes und der Länder Bayern, Berlin, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein bereits entsprechend geändert worden ist, sind die Regelungen in den übrigen Ländern noch nicht abgeschlossen. Bisher hat sich lediglich Baden-Württemberg gegen eine Kostenübernahme für Schwangerschaftsabbrüche bei Notlage-Indikationen entschieden.

Eine kritische Würdigung der Kosten der gesetzlichen Krankenkassen darf sich allerdings nicht ausschließlich an der statistisch festgestellten Höhe orientieren. Es kann insbesondere nicht Aufgabe der Kommission sein, zur Höhe der ärztlichen Gebühren- und Krankenhauspflegesätze als rechtlicher Grundlage der resultierenden Gesamtausgaben Stellung zu nehmen. Diese müssen vielmehr auf dem Hintergrund der allgemeinen Regelungen im Gesundheitsbereich und der unverhältnismäßig stark gestiegenen Kosten in Kliniken und Krankenhäusern während der letzten Jahre gesehen werden.

Wie im gesamten Bereich ärztlicher Versorgung muß jedoch auch hier darauf hingewiesen werden, daß der Gebührensatz für die ärztliche Beratung in Höhe von 7,15 DM in Anbetracht des erforderlichen Aufwandes und der fachlichen Schwierigkeit der anzustrebenden Konfliktlösung unzureichend erscheint. Falls sich der Arzt auch der sozialen Beratung annimmt, ist dafür keine zusätzliche Vergütung vorgesehen. Schon aus diesem Grunde kann kaum erwartet werden, daß die Bereitschaft der Ärzte zu einem eingehenden Beratungsgespräch in Zukunft merklich wächst. Wesentliche Chancen für die Prävention von Schwangerschaftsabbrüchen gehen damit verloren.

Eine Gegenüberstellung der Ausgaben bei ambulanter und stationärer Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs erlaubt die Berichterstattung des BMA nicht, da ambulante Eingriffe aus der Gesamtrechnung aller mit einem Abbruch zusammenhängenden Maßnahmen nicht abzugrenzen sind.

Erhebliche Kostendifferenzen ergeben sich aber bereits beim überschlägigen Vergleich der Leistungen für einen ambulanten Eingriff aufgrund der ärztlichen Gebührenordnung mit den erforderlichen Ausgaben im Zusammenhang mit einem mehrtägigen Krankenhausaufenthalt, wie sie die Krankenkassen-Statistik aufweist.

Auch der sich seit 1978 abzeichnende rückläufige Trend in der Krankenhausverweildauer ändert nichts an diesem Tatbestand.

Ärzte, deren Praxen als Einrichtungen für den Schwangerschaftsabbruch zugelassen sind, vertreten den Standpunkt, daß die Gebührensätze für diese Leistung nicht annähernd kostendeckend sind. Aus diesem Grunde werden von den betroffenen Frauen nicht selten zusätzliche Privathonorare liquidiert. Alternativ werden u. U. auch ergänzende technische Leistungen, die bei kritischer Prüfung weitgehend vermeidbar wären, so angeordnet, daß die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlten Gebühren für den Gesamteingriff kostendeckend sind.

Für den stationären Abbruch einer Schwangerschaft sind den Krankenkassen im Durchschnitt Kosten in Höhe von rd. 1000 DM entstanden, bei einer mittleren Verweildauer von 6,7 Tagen [9]). Dies kann weder durch allgemeine medizinische Erfordernisse noch durch die aus der Bundesstatistik ersichtlichen Komplikationsraten begründet werden. Vielmehr liegt der Verdacht nahe, daß auch organisatorisch-ökonomische Überlegungen in diesem Zusammenhang Berücksichtigung finden.

Möglicherweise liegt hier auch ein Grund dafür, daß bisher nur zwei Krankenhäuser mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung Verträge gemäß § 368 n Abs. 6 RVO über die ambulante Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen geschlossen haben, obwohl der Gesetzgeber davon ausging, mit dieser Regelung im Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetz die Möglichkeiten einer ausreichenden und zugleich vom Kostenaufwand her angemessenen gesundheitlichen Versorgung zu verbessern [10]).

Unter fachlichen Aspekten muß die derzeitige Verweildauer jedenfalls als unangemessen lang beurteilt werden. Bei rechtzeitiger Durchführung des nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs könnte dieser mehr als bisher in den ambulanten, in jedem Fall aber in den kurzfristig stationären Bereich verlagert werden. Dieser Kostenanteil könnte damit erheblich reduziert werden, ohne die Gesundheit der Schwangeren zusätzlich zu gefährden. Dies wird durch die Erfahrungen in anderen Ländern, z. B. in Holland und in USA, bestätigt, wo ca. 90 % der Schwangerschaftsabbrüche ambulant durchgeführt werden. Die in diesen Ländern festgestellten Komplikationsraten bei den einheimischen Patientinnen liegen noch deutlich niedriger als in der Bundesrepublik.

Im übrigen zeigt die Aufschlüsselung der Kosten im Bericht des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, daß durch das Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetz vor allem die Leistungen im Bereich der Familienplanung erheblich gesteigert werden konnten: Von den ca. 152 Millionen DM, die im Rahmen dieses Gesetzes innerhalb eines Jahres aufgewendet wurden, entfallen knapp zwei Drittel (63 %) auf Ausgaben für Maßnahmen der Familienplanung einschließlich Sterilisationen, 37 % der Kosten auf Schwangerschaftsabbrüche.

Es ist zu hoffen, daß vermehrte Leistungen im Bereich Familienplanung langfristig eine weitere Senkung der Ausgaben für Schwangerschaftsabbrüche bewirken werden. Mit dem Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetz ist jedenfalls eine wichtige Erweiterung des Leistungsangebots erreicht worden, die die Verbreitung von

[9]) Aus der Bundesstatistik ergibt sich für 1977 eine mittlere Verweildauer von 5,7 Tagen, für 1978 von 5,3 Tagen.

[10]) Vgl. auch Kapitel 1, Abschn. 1.6.1.

Kenntnissen über Familienplanung in der Bevölkerung unterstützt und damit auch zur Vermeidung unerwünschter Schwangerschaften beitragen kann.

10.2 Die Kosten der Beratung

Die gesetzlich geforderte medizinische und soziale Beratung Schwangerer, die den Abbruch ihrer Schwangerschaft anstreben, wird sowohl von Ärzten als auch von Sozialarbeitern in Beratungsstellen durchgeführt.

10.2.1 Kosten im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung

Soweit die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sich dieser Aufgabe in eigener Praxis annehmen, sind die dafür anfallenden Kosten enthalten in den Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen, die im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch erbracht werden. Eine Aufschlüsselung der dafür im Berichtszeitraum entstandenen Kosten in Höhe von 4 787 187 DM, die auch die Vergütung für Untersuchungen und Begutachtungen sowie für den ambulanten Abbruch der Schwangerschaft einschließen, ist jedoch nicht möglich. Da bei den gesetzlichen Krankenversicherungen für die ärztliche Beratung – unabhängig von Dauer und Inhalt – nur ein Gebührensatz von 7,15 DM in Ansatz gebracht wird, dürfte diese Position im Gegensatz zu den übrigen, gleichzeitig erbrachten ärztlichen Leistungen von untergeordneter finanzieller Bedeutung sein.

Neben der ärztlichen Beratung wird im übrigen die soziale Beratung nicht zusätzlich honoriert.

10.2.2 Kosten der Beratung bei freien Trägern

Nach den bisherigen Erfahrungen ist davon auszugehen, daß der weitaus überwiegende Teil sozialer Beratung von Beratungsstellen in öffentlicher und freier Trägerschaft wahrgenommen wird. Die Abschätzung der individuellen Kosten der verschiedenen Träger stößt jedoch auf erhebliche Schwierigkeiten, denen organisatorische und strukturelle Ursachen zugrunde liegen.

Mit dem Fünfzehnten Strafrechtsänderungsgesetz ist die Beratung zwar für die betroffenen Frauen obligatorisch geworden, jedoch wurden keinerlei Vorhalte- und Kostenpflichten der Behörden statuiert. Sowohl öffentliche als auch private Träger haben daher freiwillig sehr unterschiedliche und vorwiegend pragmatische Lösungen gefunden. Statt kostenaufwendiger spezifischer Neugründungen für die gesetzlich definierte Aufgabe sind bereits existierende Beratungsdienste, wie etwa die der Ehe- und Familienberatung, Mütter- und Jugendberatung sowie der allgemeinen Sozialberatung – z. T. ohne Personalerweiterung – für diesen Zweck eingesetzt worden.

Da von seiten der Träger auch nach der Gesetzesreform keineswegs immer eine Trennung der einzelnen Beratungsaspekte angestrebt wird, könnte selbst durch aufwendige Erhebungen die Frage nach den Kosten im einzelnen nicht beantwortet werden.

Kosten können überdies nicht unabhängig von der tatsächlich erfolgten Arbeitsleistung beurteilt werden. Eine solche Beurteilung setzt jedoch Tätigkeitsanalysen voraus, für deren Zusammenstellung es an Dokumentationsmaterial fehlt. Auch ein einheitliches Berichtsschema liegt bei der Mehrzahl der Träger nicht vor.

10.2.2.1 Das Modellprogramm des Bundes und der Länder

Das in Kapitel 4 näher erläuterte Modellprogramm umfaßt insgesamt 55 Beratungsstellen in kommunaler bzw. freier gemeinnütziger Trägerschaft.

Sowohl Personal- als auch Sachkosten werden zur Hälfte vom Bund getragen, während Länder und Träger mit einem Anteil von je 25 % beteiligt sind.

Im Rahmen dieses Programms wurden 1977 insgesamt ca. 72 848 Beratungen durchgeführt, bei denen es sich in der überwiegenden Mehrzahl um Schwangerschaftskonflikte handelte. Im gleichen Zeitraum sind den Modellberatungsstellen Kosten in Höhe von insgesamt 8 003 000 DM entstanden, so daß für jede Einzelberatung im Schnitt ein Betrag von 110 DM anzusetzen ist. Dabei ist allerdings in Betracht zu ziehen, daß gemäß dem von diesen Stellen akzeptierten Arbeitskonzept auch die Beratung über Fragen der Familienplanung mit der Erläuterung konzeptionsverhütender Maßnahmen verpflichtender Teil des Beratungsangebots ist. Die aufgewandten Kosten sind demnach nicht nur auf therapeutische, sondern gleichzeitig auch auf präventive Zielsetzungen ausgerichtet.

Die durchschnittlichen jährlichen Personal- und Sachkosten für eine Beratungsstelle beliefen sich 1977 auf rd. 145 000 DM. Im einzelnen ergeben sich dabei beträchtliche Differenzen, ohne daß diese jedoch trägerspezifischen Charakter aufweisen. Insbesondere die personelle Besetzung scheint hier kostenbestimmend zu sein, wenn auch die zahlenmäßige Inanspruchnahme der Beratung keineswegs immer mit einer der Nachfrage entsprechenden Personalausstattung verbunden ist.

Trägerspezifische Unterschiede ergeben sich bei der Aufschlüsselung der Kosten der Einzelberatung. Beratungsstellen mit hohen Besucherquoten – wie der Pro Familia – arbeiten deutlich kostengünstiger als die Mehrzahl der in kirchlicher Trägerschaft stehenden Beratungsstellen, während die Behörden sich keiner der beiden übrigen Gruppen zuordnen lassen. Unterschiede in der Erwartungs- und Grundhaltung der Klientel der einzelnen Beratungsstellen, wie sie aus Befragungen sowohl von Beratern als auch von betroffenen Frauen bekannt sind, wirken sich nicht zuletzt auch auf die Dauer des Beratungsgespräches aus.

Das Modellprogramm, das 1977 Finanzmittel in Höhe von 8 003 000 DM und 1978 in Höhe von 9 038 000 DM beanspruchte, läuft nach dreimaliger Verlängerung voraussichtlich Ende des Jahres 1980 aus. Länder und Träger werden den Fortgang der begonnenen Arbeit durch anderweitige Kostenregelung sicherstellen müssen. Diese Entwicklung bleibt abzuwarten.

Die finanziellen Leistungen der Länder erstrecken sich neben dem Kostenanteil am Modellprogramm des Bundes auf die zusätzliche Förderung weiterer anerkannter Beratungsstellen, die teils durch Ländergesetze, teils durch Verwaltungsrichtlinien geregelt wird.

Die Höhe der von den Ländern für den Modellbereich bereitgestellten Mittel im Jahre 1977 ist aus Tabelle 2 ersichtlich.

Tabelle 2

Länderanteil an den Kosten des Bundesmodells 1977

Bundesland	Zahl der Beratungsstellen	Gesamtkosten in DM	Landesanteil in DM
Baden-Württemberg	7	1 382 569	345 642
Bayern	9	1 308 918	368 550
Berlin	2	288 701	72 175
Bremen	2	104 509	26 127
Hamburg	2	170 250	42 562
Hessen	6	686 966	171 741
Niedersachsen	4	748 250	187 062
Nordrhein-Westfalen	14	1 462 392	365 598
Rheinland-Pfalz	4	562 880	140 720
Saarland	2	326 659	81 664
Schleswig-Holstein	2	337 574	84 393

Auch nach Abschluß der Modellphase dürften sich diese Gesamtkosten nicht wesentlich erhöhen, da die betreffenden Stellen schon jetzt über eine vergleichsweise großzügige personelle Ausstattung verfügen. Allerdings ist zur Zeit noch nicht zu übersehen, wie die bisherigen Zuwendungen des Bundes durch Beiträge der Länder und der Träger sichergestellt werden.

In einigen Ländern ist mit einer Einschränkung der Beratungstätigkeit zu rechnen, wenn die Modellberatungsstellen nur noch gemäß den jeweiligen allgemeinen Förderungsrichtlinien für soziale Dienste unterstützt werden. Davon sind insbesondere solche Träger betroffen, die kaum Eigenmittel aufbringen können, um den Ausfall der Bundeszuschüsse auszugleichen [11]).

[11]) Siehe dazu auch Kapitel 2, Abschn. 2.7 sowie in diesem Kapitel Abschn. 10.2.3.

10.2.2.2 Beratungsstellen außerhalb des Modellprogramms

Neben dem Bundesmodell läßt die Förderung weiterer Beratungsstellen in den Ländern kein einheitliches Konzept erkennen. Die Tatsache, daß sich Dauerlösungen noch weitgehend im Anlauf- und Erprobungsstadium befinden, läßt noch keine verbindliche Aussage über die Entwicklungstrends hinsichtlich der Höhe der von den zuständigen Ressorts bereitgestellten Mittel zu. In der Mehrzahl der Länder ist eine weitgehend pragmatisch bestimmte Handhabung erkennbar, ohne daß endgültige Finanzierungswege vorgezeichnet werden. Es besteht auch der Eindruck, daß weniger die Art der Rechtsvorschriften als vielmehr die politische Willensbildung in den Länderparlamenten die Höhe der Ausgaben für diesen Zweck bestimmt.

In Tabelle 3 sind die Kosten der Beratungsstellen nach § 218 b zusammengestellt [12]). Die Angaben sind nur lückenhaft, weil insbesondere die Ausgaben von Kommunen und freien Verbänden nur dann bekannt werden, wenn sie Anteil eines gemeinsamen Finanzierungsprogramms darstellen.

Wie aus Tabelle 4 ersichtlich wird, entspricht die Zahl der von den Ländern geförderten Beratungsstellen jedoch nur einem Bruchteil der insgesamt anerkannten Beratungsstellen und läßt daher nur bedingt Rückschlüsse auf die tatsächlich entstandenen Kosten zu.

[12]) Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit hat mit Schreiben vom 4. Dezember 1978 eine Anfrage an die Länder gerichtet und um Mitteilung über die Höhe der Kosten gebeten, die über das Bundesmodell hinaus für die Beratung nach § 218 b StGB entstanden sind.

Tabelle 3

Kosten der Beratungsstellen nach § 218 b StGB

Bundesland	Gesamtkosten		Bund		Land		Gemeinden und Gem.-Verbände		Freie Träger	
	1977	1978	1977	1978	1977	1978	1977	1978	1977	1978
Baden-Württemberg	1 382 569	*)	1 036 927	945 000	345 642	*)	*)	*)	*)	*)
Bayern	1 994 000	2 488 200	707 000	797 000	696 650	826 350	67 600	265 160	435 560	499 440
Berlin	1 304 437	372 950	219 000	221 000	55 437	116 950	–	–	30 000	35 000
Bremen	–	163 214	118 000	122 636	*)	40 578	*)	–	*)	–
Hamburg	336 089	356 980	87 000	*)	249 089	*)	–	–	–	–
Hessen	914 425	1 160 783	500 000	540 000	255 334	416 668	69 834	35 871	165 447	226 745
Niedersachsen	1 102 248	*)	413 000	428 000	273 774	*)	143 000	*)	136 237	*)
Nordrhein-Westfalen	2 180 000	4 120 000	1 011 000	1 125 000	950 000	2 316 000	200 000	400 000	190 000	404 000
Rheinland-Pfalz	*)	1 107 380	318 000	304 000	*)	276 850	*)	201 736	*)	324 793
Saarland	331 120	416 000	148 000	183 000	90 530	105 500	–	–	92 753	127 500
Schleswig-Holstein	262 800	281 215	148 000	157 000	65 700	70 304	–	–	49 100	53 911

*) Angaben konnten nicht gemacht werden.

Tabelle 4

Förderung anerkannter Beratungsstellen durch die Länder 1978

Bundesland	Zahl anerkannter Beratungsstellen einschl. behördl. Beratungs-stellen [1]	Förderung durch Bund und Land (Modell)	Förderung durch das Land
Baden-Württemberg	99 (37)	7	–
Bayern	96 (74)	10	12
Berlin	72 (13)	2	–
Bremen	5 (3)	2	–
Hamburg	83 (29)	2	3
Hessen	74 (9)	6	11
Niedersachsen	177 (132)	4	14
Nordrhein-Westfalen	187 (35)	14	47
Rheinland-Pfalz	62 (6)	4	38
Saarland	18 (9)	2	1
Schleswig-Holstein	63 (40)	2	–
insgesamt	936 (387)	55	126

[1]) In Klammern die Anzahl der behördlichen Beratungsstellen.

Die Angaben der Länder beschränken sich weiterhin auf solche Förderungen von Beratungsstellen, die ausschließlich dem mit der Gesetzesreform geforderten Zweck entsprechen und berücksichtigen nicht die Kosten etablierter, traditioneller und mehr allgemeiner Beratungsdienste, die sich seither auch der Beratung Schwangerer zusätzlich annehmen.

So wurde beispielsweise von Ländern mit einem staatlichen öffentlichen Gesundheitsdienst die Vielzahl anerkannter Beratungsstellen in dessen Trägerschaft kostenmäßig nicht aufgeführt [13]). Ebenso ist die Höhe der Zuschüsse für Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen freier Träger, die sich neben anderen Aufgaben mit der Beratung Schwangerer in Konfliktsituationen befassen, nicht berücksichtigt worden.

Die Höhe der kommunalen Zuschüsse und der Eigenmittel der Träger lassen sich im einzelnen nicht ermitteln, weil neben den anerkannten Beratungsstellen nach § 218 b StGB auch andere Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen gefördert werden.

Dies gilt ebenso für die in Kapitel 4 dargestellten Beratungsdienste der kommunalen Gesundheits-, Jugend- und Sozialämter, die bei der Durchführung ihrer gesetzlich bestimmten Pflichtaufgaben die Schwangerenberatung ebenfalls mit übernommen haben [14]).

[13]) Baden-Württemberg, Bayern, Berlin

[14]) Die Aussagekraft der in Tabelle 3 seitens der Gemeinden und Gemeindeverbände genannten Beiträge wird damit relativ weiter eingeschränkt als die Angaben hinsichtlich der Länderzuwendungen, da in der Mehrzahl der Bundesländer Aufgaben der Gesundheits- und Sozialhilfe als Angelegenheiten der kommunalen Selbstverwaltung wahrgenommen werden.

10.2.3 Die Ausgaben der freien Verbände

Geht man von der sich aus Tabelle 4 ergebenden Zahl von 549 anerkannten Beratungsstellen in freier Trägerschaft am Ende des Jahres 1978 aus, wird ersichtlich, daß die in Tabelle 3 angegebenen finanziellen Leistungen dieser Träger nur einen Bruchteil der tatsächlich entstandenen Ausgaben wiedergeben. Die Vielfalt der einzelnen Träger sowie deren dezentralisierte Haushaltsführung läßt auch von einer aufwendigen Erhebung kaum verwertbare Ergebnisse erwarten, zumal insbesondere die Beratungsstellen in kirchlicher Trägerschaft die Beratung Schwangerer meist in den Rahmen einer bereits vorhandenen, umfassenden Familien-, Ehe- und Erziehungsberatung einordnen. Von einer zusätzlichen Erhebung bei freien Trägern wurde aus diesem Grunde abgesehen.

Einer besonderen Erläuterung bedarf die Pro Familia insofern, als dieser Fachverband über keine nennenswerten Eigenmittel verfügt und Beratungsdienste daher nur aufgrund von öffentlichen Zuwendungen oder Beiträgen der Ratsuchenden anbieten kann [15]). Nicht zuletzt aus diesem Grunde hat die Pro Familia in einigen Ländern einen ungewöhnlich hohen Anteil an den für Beratungsaufgaben bereitgestellten Mitteln der Länder und Kommunen.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die Kosten für die Beratung Schwangerer nach § 218 b StGB – wie auch in anderen Bereichen sozialer Beratung – weder genau festzustellen noch mit ausreichender Wahrscheinlichkeit abzuschätzen sind. Selbst die für die

[15]) Siehe in diesem Kapitel Abschn. 10.2.2.1.

Beratungsstellen aufgewandten Mittel der öffentlichen Hand lassen sich für 1978 nur überschlägig auf einen Betrag von 12 bis 14 Millionen DM schätzen. In Anbetracht der Gesamtzahl anerkannter Beratungsstellen erscheint es nicht abwegig, auch bei den freien Trägern insgesamt Ausgaben in mindestens der gleichen Größenordnung zu veranschlagen. Die für die Beratung nach § 218 b StGB entstehenden Kosten bei freien und öffentlichen Trägern geben Anlaß, den Sinn einer gesetzlich verordneten Beratung ohne Beratungsbereitschaft der Betroffenen in Frage zu stellen. Bei einer Beschränkung auf den Personenkreis der Beratungswilligen könnten erhebliche Kosten eingespart und die Effizienz der Beratung verbessert werden.

11 Soziale Hilfen als flankierende Maßnahmen

11.1 Rahmenbedingungen der Elternschaft

Die im folgenden beschriebenen materiellen und institutionellen Hilfen für Schwangere und für Mütter mit Kindern sind nicht zur Vermeidung von Schwangerschaftsabbrüchen beschlossen und eingerichtet worden. Sie sind vielmehr Bestandteil des Systems der sozialen Sicherung und des Lastenausgleichs in unserer Gesellschaft.

Jede Frau kann ihren Lebensverhältnissen entsprechend mit diesen Hilfen rechnen. In der Situation des Schwangerschaftskonflikts gehen sie großenteils bereits in die Bilanz ein, die zu der Überlegung, bzw. zu dem Entschluß führt, die Schwangerschaft nicht auszutragen. Soweit die sozialen und institutionellen Hilfen der Frau bekannt sind, hat sie sie als unzureichend in bezug auf ihre Lage empfunden, wenn sie den Abbruch als einzige mögliche Problemlösung ansieht. Man kann wohl unterstellen, daß diejenigen werdenden Mütter, die sich von Anfang an oder auch nach einiger Überlegung für das Austragen der Schwangerschaft entscheiden, die vorhandenen Hilfen ebenfalls einkalkuliert haben – und zwar mit positivem Ergebnis. In diesem Fall wirken sie als Rahmenbedingungen der Elternschaft: sie erleichtern es den Frauen, Kinder zu wollen und Kinder zu haben. Sie sind ein qualitatives Element der konkreten Lebensbedingungen und Lebensaussichten von Eltern. Mittelbar stellen sie auch wieder flankierende Maßnahmen nach der Reform des § 218 StGB dar, denn sie erlauben dem weitaus größeren Teil der Frauen, die schwanger werden, ihr Kind zu bekommen.

Die flankierenden Maßnahmen sorgen als Rahmenbedingungen mit dafür, daß die Frauen, die mit ihnen zufrieden sind, in der Schwangerschaftskonfliktberatung gar nicht erst erscheinen. Für die anderen aber, die sich zum Abbruch entschließen, können sie dann natürlich nicht mehr so sehr ins Gewicht fallen. Die Aufgabe der Beratungsstellen, soziale Hilfen anzubieten, die im Einzelfall eine Fortsetzung der Schwangerschaft ermöglichen, ist deshalb von vornherein wenig erfolgversprechend. Entweder sind die sozialen Maßnahmen ausreichend – dann kommt es nicht zum Abbruchbegehren aus sozialer Notlage, oder sie sind nicht ausreichend –, dann reicht der Hinweis auf sie nicht, bei der Schwangeren die Einschätzung ihrer Situation positiv zu verändern. Nur in den Fällen, wo die sozialen Hilfen den Frauen unbekannt sind, kann die Beratung effektiv helfen, die Notlage zu beheben. Wie aus den Ergebnissen der Umfrage über Erfahrungen der betroffenen Frauen mit der Reform des § 218 hervorgeht, geben nur sehr wenige der befragten Frauen an, in der Beratung etwas Neues über soziale Hilfen erfahren zu haben, das ihnen die Fortsetzung der Schwangerschaft trotz ihrer persönlichen Problemsituation ermöglicht hätte [1]).

Erfahrungsgemäß wissen die meisten Frauen ungefähr über die für sie wichtigen materiellen Hilfen (z. B. über das Kindergeld und den Mutterschutz) Bescheid. Spezielle Hilfen, die weniger bekannt sind, kommen zumeist nur für einen engeren Personenkreis in Betracht. Häufig stehen sie auch im konkreten Einzelfall an einem bestimmten Ort nicht zur Verfügung.

Die Darstellung der sozialen und institutionellen Hilfen hat den Zweck, die vorhandenen Maßnahmen für den Sozialpolitiker und des näheren für den Berater zusammenzustellen und in einer kritischen Würdigung die offensichtlichen Defizite aufzuzeigen.

11.2 Überblick über die finanziellen und materiellen Hilfen

Für schwangere Frauen, Mütter mit Kindern und für Familien gibt es eine Reihe von finanziellen und materiellen Hilfen, die in verschiedenen Gesetzen niedergelegt sind. Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang die gesetzliche Krankenversicherung, das Mutterschutzgesetz, das Bundessozialhilfegesetz, best. Paragraphen des Bürgerlichen Gesetzbuches und das Bundeskindergeldgesetz.

Die **Reichsversicherungsordnung** (RVO) regelt

— die Mutterschaftshilfe bei Schwangerschaft und Entbindung gem. § 195 f RVO;
— den Anspruch auf ärztliche Beratung zur Empfängnisregelung gem. § 200 e RVO;
— den Anspruch auf ärztliche Beratung über Erhaltung oder Abbruch der Schwangerschaft sowie auf Leistungen bei nichtrechtswidrigem Abbruch der Schwangerschaft und bei nichtrechtswidriger Sterilisation gem. § 200 f RVO;
— den Anspruch auf Zahlung von Krankengeld als Lohnausfallsentgelt für Versicherte, die wegen Pflege ihrer erkrankten Kinder der Arbeit fernbleiben müssen, gem. § 185 c RVO.

Im **Mutterschutzgesetz** (MuSchG) werden zum Schutz der erwerbstätigen Mutter in abhängiger Beschäftigung insbesondere geregelt

[1]) Siehe hierzu Kapitel 9, Abschn. 9.4.2.

— Beschäftigungsverbote für die Frau während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (§§ 3, 4, 6 MuSchG);
— das Kündigungsverbot für den Arbeitgeber (§ 9 MuSchG);
— der eigenständige Anspruch auf Mutterschaftsgeld für zur Zeit der Schwangerschaft nicht versicherte Frauen (§ 13 Abs. 2 MuSchG);
— die Verpflichtung des Arbeitgebers, den Unterschiedsbetrag zwischen dem Mutterschaftsgeld der Krankenkasse und dem vorherigen tatsächlichen Verdienst der Frau zu zahlen (§ 14 MuSchG);
— der Mutterschaftsurlaub.

Die Leistungen des **Bundessozialhilfegesetzes** (BSHG) sollen hilfebedürftigen Menschen, die nicht in der Lage sind, aus eigener Kraft ihren Lebensunterhalt zu bestreiten, eine ausreichende und menschenwürdige Lebensführung ermöglichen. Frauen, die durch eine Schwangerschaft und durch Betreuung und Erziehung ihrer Kinder in eine wirtschaftliche Notlage geraten, erhalten nach den Regelungen des BSHG Hilfe zum Lebensunterhalt. Insbesondere können Frauen, die keiner gesetzlichen Krankenkasse angehören und auch nicht in der Lage sind, entstehende Kosten für die Lebensführung aus Einkommen oder Vermögen selbst aufzubringen, bestimmte Leistungen nach dem Gesetz in Anspruch nehmen. Dazu gehören

— die Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen bei Schwangerschaft und Entbindung (§ 38 BSHG);
— ärztliche Beratung in Fragen der Familienplanung (§ 37 b BSHG);
— Hilfe bei nicht-rechtswidriger Sterilisation und bei nicht-rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch (§ 37 a BSHG);
— Vorsorgeuntersuchungen (§ 36 Abs. 1 BSHG);
— die Möglichkeit einmaliger Leistungen aus Anlaß der Schwangerschaft und Geburt (§ 21 Abs. 2 BSHG).

Das **Bürgerliche Gesetzbuch** (BGB) enthält Bestimmungen, die für nicht verheiratete Mütter von Bedeutung sind. Es verpflichtet den Vater des nichtehelichen Kindes unter besonderen Voraussetzungen zu Unterhaltszahlungen an die Mutter und zur Kostenerstattung für Aufwendungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt (§ 1615 f, k, l BGB).

Das **Bundeskindergeldgesetz** (BKGG) regelt die Zahlung von Kindergeld

— gestaffelt nach der Zahl der Kinder;
— unabhängig vom Einkommen der Unterhaltsverpflichteten.

Es gibt eine Reihe von weiteren Gesetzen, die Erleichterungen für Familien mit Kindern vorsehen.

So werden nach dem **Einkommensteuergesetz** – zum Teil unter bestimmten Voraussetzungen – ein Haushaltsfreibetrag und Ausbildungsfreibeträge für Kinder gewährt, sowie außergewöhnliche Belastungen, Vorsorgeaufwendungen, Kosten für eine Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten steuermindernd anerkannt (§§ 32, 33, 33 a EStG).

Das **Wohngeldgesetz** regelt die Gewährung von Wohngeld in Form von Mietzuschüssen oder Lastenzuschüssen für Eigentümer von Familienheimen. Nach dem **Bundesbaugesetz** besteht im Rahmen des sozialen Wohnungsbaus für bestimmte Personengruppen, z. B. für kinderreiche Familien, alleinstehende Eltern mit Kindern und junge Ehepaare, Anspruch auf Wohnraum (§§ 25, 26; 2. WoBauG). Die Vergabe von Sozialwohnungen und die Preisbindung der Miete werden im **Wohnungsbindungsgesetz** geregelt.

Einzelne Bundesländer haben zusätzliche Regelungen getroffen, die sich u. a. auf Modellversuche zum Erziehungsgeld, auf Stiftungen für Familien in Not, auf die Gewährung von Familien(-gründungs-)darlehen und auf die Einrichtung von Unterhaltsvorschußkassen beziehen.

11.3 Finanzielle Hilfen bei Schwangerschaft und Geburt

11.3.1 Mutterschaftshilfe

Die Reichsversicherungsordnung definiert Schwangerschaft und Entbindung als Versicherungsfälle und verpflichtet von daher die gesetzlichen Krankenkassen zu entsprechenden Leistungen. In den Paragraphen 195 bis 200 sowie 205 a RVO werden diese Leistungen unter dem Begriff der Mutterschaftshilfe zusammengefaßt. Dazu gehören die Übernahme der Kosten der ärztlichen Untersuchung zur Feststellung der Schwangerschaft, der Vorsorgeuntersuchungen und von daher erforderlichen Laborleistungen sowie von Kosten der ärztlichen Betreuung während der gesamten Schwangerschaft, und im Zusammenhang mit der Entbindung. Leistungen der Mutterschaftshilfe sind des weiteren die Hebammenhilfe, die Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln (ohne die sonst üblichen Verordnungsgebühren), ein Pauschalbetrag von 100 DM für Aufwendungen im Zusammenhang mit der Entbindung und die Pflege in einem Krankenhaus oder einem Entbindungsheim nach eigener Wahl. Sofern sich die Wöchnerin durch eine Hauspflegerin betreuen läßt, trägt die Krankenkasse die Kosten. Allerdings wird nach Vereinbarung mit der Mutter dann ein Teil des Mutterschaftsgeldes (bis zur Hälfte des Betrages) einbehalten. Wichtigster Bestandteil der Mutterschaftshilfe ist das **Mutterschaftsgeld.** Es wird als Lohnersatz während der Mutterschaftsfrist von sechs Wochen vor bis acht Wochen nach der Entbindung (bzw. 12 Wochen bei Früh- und Mehrlingsgeburten) von der gesetzlichen Krankenkasse gezahlt.

Das Mutterschaftsgeld entspricht dem durchschnittlichen Arbeitsentgelt der letzten drei Monate (ohne die gesetzlichen Abzüge); es beträgt mindestens 3,50 DM, höchstens 25 DM pro Tag. Nicht selbstversicherte Frauen haben Anspruch auf eine einmalige Leistung in Höhe von 35 DM bis 150 DM.

11.3.2 Leistungen nach dem Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetz

Durch das Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetz im Zusammenhang mit der Reform des § 218 StGB sind in die RVO zusätzliche Leistungen aufgenommen worden (§ 200 e und f RVO).

Die gesetzliche Krankenkasse hat die Kosten für die ärztliche Beratung über Empfängnisregelung einschließlich der Verordnung entsprechender Mittel und der erforderlichen Untersuchung zu übernehmen. Außerdem sind mit dieser Neuregelung ärztliche Lei-

stungen abgedeckt, die bei nicht-rechtswidriger Sterilisation und bei nicht-rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch entstehen, einschließlich der Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Heilmitteln. Hierbei erforderliche Pflege in einem Krankenhaus wird ebenfalls bezahlt. Selbstversicherten Frauen wird bei Schwangerschaftsabbruch bzw. Sterilisation Krankengeld in üblichem Umfang gewährt.

Gegebenenfalls kann eine Haushaltshilfe für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit bezahlt werden. Versicherte erhalten nach § 185 b RVO Haushaltshilfe, wenn ihnen (oder ihrem Ehegatten) z. B. wegen Aufenthalt in einem Krankenhaus die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht führen kann. Voraussetzung ist außerdem, daß im Haushalt mindestens ein Kind lebt, das das 8. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert oder auf Hilfe angewiesen ist. Die Haushaltshilfe ist unter den genannten Voraussetzungen zu gewähren, also auch in Fällen einer Sterilisation oder eines Schwangerschaftsabbruchs, wenn der Eingriff in einem Krankenhaus vorgenommen wird.

11.3.3 Sozialhilfe

Nach dem Bundessozialhilfegesetz erhalten diejenigen Frauen, die keinen Anspruch an die gesetzliche Krankenkasse haben und nicht in der Lage sind, die Kosten aus eigenem Arbeitsverdienst und Vermögen aufzubringen, die gleichen Leistungen, die die Krankenkassen den Familienangehörigen von Versicherten gewähren. Die Leistungen umfassen die Hilfen für werdende Mütter und Wöchnerinnen, Hilfen bei Fragen der Familienplanung und bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 36, 37, 38 BSHG).

Frauen, die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG beziehen, erhalten während der Schwangerschaft einen Mehrbedarfszuschlag in Höhe von 30 % des Regelsatzes (§ 23 BSHG).

Für Frauen, die keinen Anspruch auf laufende Leistungen zum Lebensunterhalt haben, diesen aber aus eigenen Kräften nicht voll beschaffen können, gibt es die Möglichkeit einmaliger Beihilfen aus Anlaß der Schwangerschaft und Geburt (§ 21 Abs. 2 BSHG).

11.3.4 Leistungsansprüche nach dem BGB

Den Anspruch einer nichtverheirateten Mutter gegenüber dem Vater des nichtehelichen Kindes auf finanzielle Unterstützung regelt das Bürgerliche Gesetzbuch.

Eine nichtverheiratete Frau, die wegen ihrer Schwangerschaft nicht erwerbstätig sein kann, hat ab dem 4. Monat vor der Entbindung gegenüber dem Vater des nichtehelichen Kindes Anspruch auf Unterhalt. Der Vater ist auch verpflichtet, Aufwendungen der Mutter für Schwangerschaft und Geburt zu erstatten, soweit diese nicht durch Leistungen der Versicherung und des Arbeitgebers gedeckt sind. Der Unterhaltsanspruch endet spätestens ein Jahr nach der Geburt des Kindes (§ 1615 BGB).

Um die genannten Ansprüche durchzusetzen, wird die Frau vom örtlich zuständigen Jugendamt unterstützt. Das Jugendamt nimmt diese Aufgaben im Rahmen seiner Amtspflegschaft für nichteheliche Kinder wahr (§ 37 ff. JWG).

Das Jugendamt kümmert sich auch um die Feststellung der Vaterschaft und um die Unterhaltsansprüche des Kindes gegenüber dem leiblichen Vater.

11.3.5 Unterhaltsvorschußkassen

Seit langem wird in der Öffentlichkeit die Notwendigkeit der Einrichtung von Unterhaltsvorschußkassen diskutiert.

Am 22. Juni 1978 haben die Fraktionen von SPD und FDP einen Gesetzentwurf vorgelegt, der der „Sicherung des Unterhalts von Kindern alleinstehender Mütter und Väter durch Unterhaltsvorschüsse oder -ausfalleistungen" dienen soll (BT-Drucksache 8/1952). Das Gesetz ist am 1. Januar 1980 in Kraft getreten.

Mit dem Gesetz soll der Unterhalt von Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres gesichert werden, wenn die Zahlungen der unterhaltsverpflichteten Väter oder Mütter ausbleiben und dadurch finanzielle Schwierigkeiten in der Lebensführung der Unterhaltsberechtigten auftreten.

Die Unterhaltsausfalleistungen aus öffentlichen Mitteln werden längstens für die Dauer von drei Jahren gewährt und von Amts wegen beim säumigen Unterhaltsverpflichteten wieder eingezogen.

11.3.6 Mutterschutzgesetz

Für die aufgrund eines Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses erwerbstätigen Frauen gewährt das Mutterschutzgesetz bestimmte Hilfen. Von besonderer Bedeutung ist das Kündigungsverbot für den Arbeitgeber in der gesamten Zeit der Schwangerschaft und bis zum Ablauf des 4. Monats nach der Entbindung.

Von der 6. Woche vor der Geburt bis acht bzw. zwölf Wochen danach besteht für die Frau keine Verpflichtung zur Erwerbstätigkeit.

Seit 1. Juli 1979 kann die Mutter im Anschluß an die Mutterschutzfrist einen **Mutterschaftsurlaub** bis zum Ablauf des 6. Monats nach der Geburt in Anspruch nehmen. Dabei wird ihr ebenfalls Kündigungsschutz sowie Anspruch auf einen gleichwertigen Arbeitsplatz gewährt. Während der Mutterschutzfrist erhält die Frau Mutterschaftsgeld. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, der Frau den Unterschiedsbetrag zwischen dem Mutterschaftsgeld und ihrem bisherigen Verdienst zu zahlen. Nimmt die Frau anschließend den Mutterschaftsurlaub in Anspruch, erhält sie einen Verdienstausgleich zu Lasten des Bundes. Der durch die Krankenkasse auszuzahlende Betrag richtet sich nach dem bisherigen Nettoverdienst, ist jedoch auf monatlich höchstens 750 DM, zuzüglich der üblichen Sozialleistungen, begrenzt.

In besonderen Ausnahmefällen kann eine Kündigung durch die zuständige Oberste Landesbehörde für zulässig erklärt werden. So ist z. B. eine Kündigung nach Ablauf des 5. Schwangerschaftsmonats zulässig, wenn die Frau mit hauswirtschaftlichen, erzieherischen oder pflegerischen Arbeiten vollzeitlich in einem Familienhaushalt beschäftigt ist.

Für den Arbeitsplatz der Schwangeren enthält das Mutterschutzgesetz bestimmte Regelungen. Diese verbieten die Beschäftigung mit gefährdenden Arbeiten, sowie Mehr-, Nacht- und Sonntagsarbeit. Eine werdende Mutter darf nicht beschäftigt werden, wenn

gemäß ärztlicher Begutachtung eine besondere gesundheitliche Gefährdung besteht.

Des weiteren ist der Arbeitgeber verpflichtet, den Arbeitsplatz so zu gestalten, daß gesundheitliche Schädigungen vermieden werden; für ärztliche Untersuchungen ist die erforderliche Freizeit zu gewähren. An Frauen mit Beschäftigungsverbot auf ärztliche Anordnung ist der bisherige Durchschnittsverdienst zu zahlen.

Arbeitslose Frauen erhalten Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes, ebenso diejenigen versicherten Frauen, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben und in der Zeit zwischen dem 10. und 4. Monat vor der Entbindung mindestens zwölf Wochen versichert waren. Frauen, die nicht in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, bei Beginn der Schutzfrist aber in einem Arbeitsverhältnis stehen, in Heimarbeit beschäftigt sind oder deren Arbeitsverhältnis zulässig aufgehoben worden ist, erhalten zu Lasten des Bundes von der Krankenkasse ihres Wohnortes Mutterschaftsgeld in entsprechender Anwendung der RVO. Frauen ohne Anspruch auf Mutterschaftsgeld erhalten bei der Entbindung eine einmalige Leistung bis zu 150 DM.

Die genannten Leistungen aus der RVO und aus dem Mutterschutzgesetz werden zum Teil über die Geburt des Kindes hinaus gewährt, so z. B. das Mutterschaftsgeld, sowie die Schutz- und Kündigungsfrist.

Im Hinblick auf die Erwerbstätigkeit der Mutter **nach** Ablauf der Schutzfrist – wenn der sich anschließende Mutterschaftsurlaub nicht in Anspruch genommen wird – bestimmt das Mutterschutzgesetz, daß eine Beschäftigung der Mutter mit einer ihre Leistungsfähigkeit übersteigenden Arbeit nicht zulässig ist. Für stillende Mütter ist außerdem zusätzlich Freizeit zum Stillen des Kindes von zweimal je einer Stunde (ohne Anrechnung auf die übliche Arbeitszeit oder auf übliche Pausen) zu gewähren.

Die Mutter kann das Arbeitsverhältnis zum Ende der Schutzzeit ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

11.4 Finanzielle Hilfen für Familien mit Kindern

11.4.1 Kindergeld

Eine wesentliche Hilfe für Familien mit Kindern ist das Kindergeld, das unabhängig vom Einkommen des Unterhaltspflichtigen gewährt wird. Das Kindergeld ist steuerfrei und hat den Zweck, die wirtschaftliche Belastung, die den Eltern durch ihre Kinder entsteht, zu mindern. Nach der letzten Erhöhung vom 1. Juli 1979 beträgt das Kindergeld

für das erste Kind	50 DM,
für das zweite Kind	100 DM,
für das dritte und jedes weitere Kind	200 DM.

Anspruch auf Kindergeld für ihre Kinder haben diejenigen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Bundesgebiet haben. Grundsätzlich müssen auch die Kinder ihren Wohnsitz im Bundesgebiet haben; Ausnahmen sind unter betimmten Voraussetzungen möglich. Berücksichtigt werden leibliche und als Kind angenommene Kinder, Stiefkinder, die der Antragsteller in seinem Haushalt aufgenommen hat, sowie Pflegekinder, Enkel und Geschwister des Antragstellers, die in seinem Haushalt leben oder überwiegend von ihm unterhalten werden.

Das Kindergeld wird grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gewährt, darüber hinaus wird ein Kind weiter berücksichtigt, wenn es sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet oder wenn bestimmte andere Voraussetzungen, z. B. eine schwere Behinderung, gegeben sind.

Das Kindergeld wird nicht gezahlt für Kinder, für die Kinderzuschuß zu einer Versichertenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Kinderzulage zu einer Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung zu zahlen ist.

11.4.2 Sozialhilfe

Mütter, die für sich und ihre Kinder nach dem BSHG Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, erhalten das Kindergeld nicht, da die Sozialhilfe als eine Leistung definiert wird, die den tatsächlichen Bedarf zum Lebensunterhalt deckt. Alle zusätzlichen Einnahmen sind dementsprechend auf die Sozialhilfe anzurechnen.

Das BSHG erlaubt Müttern mit kleinen Kindern, auf Erwerbstätigkeit zu verzichten, während Sozialhilfeempfängern sonst verpflichtend vorgeschrieben wird, nach Möglichkeit ihre Arbeitskraft zur Beschaffung des Lebensunterhalts einzusetzen. Bis zum 3. Lebensjahr des Kindes darf diesen Müttern eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden, wenn dadurch Pflege und Erziehung des Kindes gefährdet würden. (Diese Regelung des BSHG ist auch Grundlage verschiedener Modelle der Länder, wobei zusätzlich zum Lebensunterhalt ein „Erziehungsgeld" gezahlt wird [2]).

11.4.3 Sonderregelungen für Beamte

Für Beamte gelten besondere Regelungen, die es Eltern erlauben, sich ohne Inanspruchnahme von Sozialhilfe der Erziehung ihrer Kinder zu widmen. Auf Antrag können Beamte zur Versorgung eines Kindes unter 16 Jahren ihre Arbeitszeit bis zur Hälfte ermäßigen lassen, wobei ihre Dienstbezüge anteilig gekürzt werden. Darüber hinaus ist eine längere Beurlaubung möglich, allerdings ohne Dienstbezüge und ohne Berücksichtigung dieser Zeit bei der Berechnung des Ruhegehaltes. Die Regelungen gelten sowohl für Mütter als auch für Väter.

11.4.4 Steuerrechtliche Leistungen

Im Einkommensteuergesetz werden durch die Berücksichtigung von Kindern bestimmte Steuererleichterungen gewährt.

So erhalten Steuerpflichtige, die allein sorgeberechtigt sind, unabhängig von ihrem Alter einen Haushaltsfreibetrag von 3000 DM, wenn sie im Veranlagungszeitraum mindestens ein Kind haben (§ 32 Abs. 3 EStG). Unter bestimmten Voraussetzungen gilt dies auch für Kinder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben (§ 32 Abs. 6 und 7 EStG).

[2]) Siehe dazu Familienförderung in den Ländern, Abschn. 11.5.

Für über 18 Jahre alte Kinder können Ausbildungsfreibeträge geltend gemacht werden (§ 33 a Abs. 2 EStG). Sie betragen je 2400 DM jährlich, wenn das Kind zur Berufsausbildung auswärtig untergebracht ist.

Bei Geschiedenen oder getrennt lebenden Eltern sowie bei Eltern nichtehelicher Kinder können diejenigen, bei denen das Kind bisher steuerlich nicht berücksichtigt wurde, einen Pauschalbetrag von 600 DM jährlich absetzen, wenn sie ihre Unterhaltsverpflichtungen gegenüber dem Kind erfüllen. Bei mehreren Kindern wird der Pauschalbetrag für jedes Kind gewährt (§ 33 a EStG). Kinder werden auch bei den Höchstbeträgen für Versorgungsaufwendungen berücksichtigt (§ 10 EStG). Diese Beträge sind jedoch niedriger als die für den Ehepartner. Außerdem können Aufwendungen, die über die im Gesetz festgelegte „zumutbare Belastung" hinausgehen, je nach Kinderzahl in gewissem Umfang berücksichtigt werden (§ 33 EStG).

Unter bestimmten Voraussetzungen können Aufwendungen für Dienstleistungen zur Betreuung oder Beaufsichtigung von Kindern oder für die Beschäftigung einer Hausgehilfin oder Haushaltshilfe in gewissem Umfang vom Gesamtbetrag der zu versteuernden Einkünfte abgesetzt werden (§ 33 a Abs. 3 EStG).

11.4.5 Wohnungsförderung und Wohnumwelt

Die finanzielle Situation von Familien mit Kindern soll auch dadurch gebessert werden, daß Miet- oder Wohnkosten unter bestimmten Voraussetzungen wenigstens teilweise übernommen werden. Im Wohngeldgesetz ist deshalb der Anspruch auf Wohngeld geregelt, das entweder als Zuschuß zur Miete oder als Zuschuß zu den monatlichen Belastungen bei der Finanzierung eines Eigenheims gezahlt wird.

Die Höhe des Wohngeldes ist abhängig von der Zahl der im Haushalt lebenden Familienmitglieder, der Höhe des Familieneinkommens und der Höhe der zu berücksichtigenden Wohnkosten nach bestimmten festen Sätzen. Der Anspruch auf Wohngeld erlischt, wenn das Familieneinkommen den nach der Zahl der Familienmitglieder festgesetzten Höchstbetrag überschreitet.

Wer nach dem BSHG Hilfe zum Lebensunterhalt bezieht, erhält die tatsächlichen Mietkosten ohne Abzüge ersetzt.

Um auch Familien mit begrenztem Einkommen eine angemessene Wohnung zu ermöglichen, regelt das Wohnungsbau- und Familienheimgesetz die Förderung des sozialen Wohnungsbaus, wobei vorrangig kinderreiche Familien, alleinerziehende Eltern mit Kindern und junge Ehepaare berücksichtigt werden sollen. Um sicherzustellen, daß auch wirklich diese genannten Personengruppen ihrem Bedarf entsprechende Sozialwohnungen bekommen, bestimmt das Wohnungsbindungsgesetz, daß nur derjenige Wohnungssuchende eine Sozialwohnung erhalten darf, der einen Wohnberechtigungsschein der zuständigen Bewilligungsbehörde vorlegt [3]). Das Gesetz regelt zugleich die Mietpreisbindung im sozialen Wohnungsbau.

Für einen Bauherrn mit mindestens zwei Kindern, dem bereits öffentiche Mittel bewilligt wurden, gewährt das Wohnungsbaugesetz zinslose Familienzusatzdarlehen in Höhe von 2000 DM für zwei Kinder und 3000 DM für jedes weitere Kind (§ 45, 2. WoBauG).

Von großer Bedeutung für die kindliche Entwicklung ist auch die unmittelbare Wohnumwelt, bei deren Gestaltung den Bedürfnissen von Kindern nach Entfaltung und Betätigung verstärkt Rechnung zu tragen ist.

Nach dem **Bundesbaugesetz** sind öffentliche und private Träger zum Bau von Kinderspielplätzen verpflichtet, um Wohngegenden je nach der Anzahl der vorhandenen Wohnungen mit ausreichenden Spielmöglichkeiten für Kinder zu versorgen. Die Durchführung wird im einzelnen von den jeweiligen Landesbauordnungen geregelt.

11.5 Familienförderung in den Ländern

Auch die einzelnen Bundesländer haben in den letzten Jahren familienpolitische Initiativen ergriffen, um die Lage von Familien bzw. von Müttern mit Kindern zu verbessern. Zielgruppe sind dabei vor allem die erwerbstätigen Mütter. Sie sollen durch finanzielle Anreize dazu gebracht werden, in den ersten Lebensjahren ihrer Kinder ihren Beruf aufzugeben, um sich ganz der Erziehungsaufgabe zu widmen.

Ausgesprochen oder unausgesprochen möchte man auf diese Weise auch eine Verringerung der Zahl der Schwangerschaftsabbrüche erreichen und unter bevölkerungspolitischen Aspekten dafür sorgen, daß die Geburtenzahlen wieder steigen. Insbesondere die CDU/CSU-regierten Länder sind bestrebt, durch einzelne Modellversuche und besondere finanzielle Hilfen diese Ziele zu erreichen. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sind im folgenden die wichtigsten Förderungsmaßnahmen dargestellt.

11.5.1 Erziehungsgeld

In **Niedersachsen** wird über einen Zeitraum von zweieinhalb Jahren an vier Zentren ein Erziehungsgeldmodell erprobt, an dem nach Ablauf der Modellphase rd. 500 Mütter teilgenommen haben werden. Zur Zeit sind an der Erprobung des Modells auch drei Väter beteiligt [4]).

Während der Laufzeit des Modells zahlt das Land in den ersten 18 Monaten nach der Geburt eines Kindes ein Erziehungsgeld von 350 DM bei Verheirateten und bis zu 850 DM an Alleinstehende, wenn die erwerbstätige Mutter (oder der Vater) für diesen Zeitraum aus dem Beruf ausscheidet. Außerdem werden ein Mindestbetrag zur Weiterführung der gesetzlichen Rentenversicherung und beitragsfreie Krankenkversicherung gewährt. Teilnahmemöglichkeit besteht bis zu einer Einkommenshöchstgrenze von 2500 DM, zuzüglich 500 DM pro Kind.

11.5.2 Modell „Mutter und Kind"

In **Baden-Württemberg** wird einer begrenzten Zahl von alleinstehenden Müttern in 26 von 44 Stadt- und

[3]) Allgemein bekannt ist das Problem der Fehlbelegung im sozialen Wohnungsbau: Viele Wohnungen sind von Mietern bewohnt, die längst die festgelegten Einkommensgrenzen überschritten haben. Den eigentlich Berechtigten stehen diese Wohnungen nicht zur Verfügung.

[4]) Stand: Mai 1979.

Landkreisen für die ersten drei Jahre nach der Geburt eines Kindes Erziehungsgeld gewährt [5]). Das Modell „Mutter und Kind" sieht dabei vor, diesen Müttern den Verzicht auf Erwerbstätigkeit dadurch zu ermöglichen, daß sie zusätzlich zu den Leistungen nach dem BSHG von etwa 700 DM monatlich aus Landesmitteln einen Erziehungsbeitrag von 300 DM monatlich erhalten.

11.5.3 Stiftungen für Familien

In **Niedersachsen, Baden-Württemberg** und **Schleswig-Holstein** sind sogenannte „Familien in Not"-Stiftungen eingerichtet worden, um im Einzelfall einer besonderen Notlage von Familien oder von Alleinstehenden mit mehreren Kindern abhelfen zu können, soweit gesetzliche und andere zur Verfügung stehende Hilfen bereits ausgeschöpft sind.

Bayern hat eine Landesstiftung „Hilfe für Mutter und Kind" eingerichtet, die schwangeren Frauen in schwierigen wirtschaftlichen Verhältnissen besondere Beihilfen gewährt. Diese Hilfen werden spätestens neun Monate nach der Geburt des Kindes eingestellt.

11.5.4 Darlehen für Familien

In einigen Bundesländern gibt es Familien(gründungs-)darlehen, die als Starthilfe für junge Ehepaare, bzw. zur Unterstützung von Familien und alleinstehenden Müttern gewährt werden, und bei der Geburt von Kindern Tilgungsnachlässe in unterschiedlicher Höhe vorsehen. Die Darlehen sind in einigen Ländern an bestimmte Einkommensgrenzen gebunden.

So gewährt **Berlin** bereits seit 1962 ein Familiengründungsdarlehen bis zu 5000 DM für Ehepaare, bis zu 3000 DM für Alleinstehende. Die Minderung der Darlehensschuld beträgt für Ehepaare beim 1. Kind 1000 DM, beim 2. Kind 2500 DM, beim 3. Kind 1500 DM. Entsprechende Minderungen werden Alleinstehenden gewährt.

In **Bayern** werden seit 1978 „Darlehen für junge Familien" gewährt, die als Heiratsdarlehen bei der Eheschließung und als Familiengründungsdarlehen bei der Geburt des ersten Kindes ausgezahlt werden, letzteres auch an ledige Mütter. Die Höhe der Darlehen beträgt jeweils 5000 DM. Der Tilgungszuschuß des Landes beträgt beim 1. Kind 1500 DM, beim 2. Kind 2000 DM und beim 3. und jedem weiteren Kind 2500 DM.

Baden-Württemberg gewährt seit 1977 Familien mit mindestens drei Kindern oder Alleinstehenden mit mindestens einem Kind Familiendarlehen in Höhe von 5000 DM, bei besonderem Bedarf auch bis zu 8000 DM, in Ausnahmen 12 000 DM. Bei Geburt eines Kindes ermäßigt sich die Darlehensschuld um 1000 DM, bei jedem weiteren Kind um 2000 DM. Die Kreditwürdigkeit ist nachzuweisen.

In **Rheinland-Pfalz** sind Ehepaare nach der Geburt des zweiten Kindes (und erneut nach der Geburt des 5. Kindes), sowie Alleinstehende seit 1978 berechtigt, ein Familiendarlehen in Höhe von 8000 DM in Anspruch zu nehmen. Nach der Geburt des 3. Kindes werden 4000 DM getilgt, beim 4. Kind die Restschuld.

Das **Saarland** gewährt jungverheirateten Paaren und alleinstehenden Schwangeren mit eigenem Hausstand seit 1977 ein Familiengründungsdarlehen bis zu 5000 DM. Bei Geburt des 1. Kindes beträgt der Tilgungszuschuß bis zu 1000 DM, beim 2. Kind bis zu 1500 DM, beim 3. Kind bis zu 2000 DM und beim 4. Kind bis zu 500 DM.

In **Schleswig-Holstein** gibt es für Eltern oder Alleinstehende mit zwei Kindern seit 1978 ein Familiendarlehen bis zu 6000 DM. Bei Geburt des 3. Kindes werden bis zu 1500 DM getilgt, beim 4. Kind die Restschuld.

11.5.5 Unterhaltsvorschußkassen

Um alleinstehende Mütter (oder Väter) zu unterstützen, wenn die ihren Kindern zustehenden Unterhaltszahlungen ausbleiben, haben zwei Bundesländer inzwischen Unterhaltsvorschußkassen eingerichtet.

Hamburg hat als erstes Bundesland eine entsprechende Einrichtung für eine dreijährige Erprobungsphase geschaffen. Seit dem 1. Januar 1977 erhalten in Hamburg nach diesem Zeitpunkt geborene deutsche oder staatenlose nichteheliche Kinder oder Kinder aus geschiedenen Ehen bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres monatliche Unterhaltsausfalleistungen bis zu 140 DM aus öffentlichen Mitteln. Voraussetzung für die Zahlung ist, daß der Unterhaltspflichtige weniger als 140 DM oder gar nichts zum Unterhalt beiträgt. Ausländische Kinder, die entweder nichtehelich sind oder aus geschiedenen Ehen stammen, erhalten diese öffentlichen Ausfalleistungen, wenn die Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung für sie als Amtsvormund, Amtspfleger oder Amtsbeistand tätig ist.

Rheinland-Pfalz hat ein Unterhaltsvorschußkassen-Modell eingerichtet, das Alleinstehenden für ihre Kinder Unterhaltsvorschußleistungen gewährt, sofern die Kinder nach dem 31. Dezember 1977 geboren sind und entweder nichtehelich sind oder getrennt-lebende oder geschiedene Eltern haben. Voraussetzung für die Vorschußzahlungen ist, daß ein gesetzlicher Anspruch gegen einen bestimmten Unterhaltspflichtigen nachgewiesen wird. Die Einkommenssituation des Antragstellers bleibt außer Betracht, die Höhe der Leistung richtet sich nach dem zu erwartenden Anspruch. Die Zahlung wird auf zwei Jahre begrenzt, kann jedoch einmalig um ein Jahr verlängert werden.

Über die dargestellten familienpolitischen Leistungen der Länder hinaus gibt es noch eine Reihe weiterer Maßnahmen, z. B. zur Förderung familiengerechten Wohnens, zur Verbesserung der vorschulischen Erziehung im Kindergarten und im Hinblick auf Erholungsmöglichkeiten für Familien.

11.6 Familienunterstützende, familienergänzende und familienersetzende institutionelle Hilfen

Die sozialen Einrichtungen für Mütter und insbesondere für die Unterbringung ihrer Kinder sind Angebote der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege, die von jeder Familie oder Teilfamilie in Anspruch genommen werden können. Hier sind sie daraufhin zu betrachten, ob ihr Vorhandensein Frauen zu bewegen vermag, ihre Schwangerschaft auszutragen – bzw. ob ihr Fehlen oder ihre relative Unzugänglichkeit einen Abbruch begünstigt. Mittelbar ist darüber hinaus von Bedeutung, ob und wie diese Angebote zu der Erfahrung

[5]) Stand: Mai 1979, Teilnehmerinnen: 400.

beitragen, die Frauen und Familien in unserer Gesellschaft mit der institutionellen öffentlichen Fürsorge machen, welche man Müttern und Kindern angedeihen läßt. In der Situation des Schwangerschaftskonflikts selbst wird ein Vorwissen über vorhandene Institutionen von der betroffenen Frau gebraucht, um sich entscheiden zu können. Im Falle des Austragens der Schwangerschaft nimmt sie sie möglicherweise gar nicht in Anspruch. Trotzdem sind sie Anhaltspunkte für ihre Orientierung. Sie konkretisieren inhaltlich die soziale Sicherheit, die als solche bereits eine Entscheidung für oder gegen ein Kind beeinflußt. Dabei unterscheidet sich der Stellenwert der einzelnen Hilfen im Bewußtsein derjenigen, die sie erhalten können, davon, wie sie tatsächlich beschaffen sind. Bedeutung und reale Bedingungen der institutionellen Angebote richtig zu erkennen, ist dagegen wichtig für die beratenden Stellen, damit sie bei einer Notlage der Frau über mögliche Abhilfen differenziert sprechen und sie ggf. angemessen einsetzen können.

11.6.1 Einrichtungen für Mutter und Kind [6])

Es gibt in der Bundesrepublik (Stand: 31. Dezember 1977) 78 Heime für Mutter und Kind mit 1999 Plätzen, die von Frauen in der Schwangerschaft – Heime für werdende Mütte (27 Einrichtungen mit 475 Plätzen) – und von Müttern mit kleinen Kindern – Wohneime für Mutter und Kind (51 Einrichtungen mit 1524 Plätzen) – in Anspruch genommen werden. Man findet sie vorwiegend in den großen Städten. Sie werden zumeist von den freien Trägern der Wohlfahrtspflege, insbesondere der Caritas und dem Diakonischen Werk, betrieben. Nicht selten sind die Einrichtungen Teil von größeren Heimen, die Zwecken der Jugendhilfe dienen. Es gibt sowohl Mutter-Kind-Heime mit reinem Wohncharakter (die Frauen wohnen mit ihren Kindern in Appartements und werden in ihrer Selbstversorgung nur durch verschiedene Dienste des Hauses unterstützt), wie auch solche, in denen die Frauen und Kinder getrennt betreut werden und wo eine umfängliche sozialpädagogische Versorgung für sie vorgesehen ist; Mischformen überwiegen.

Die Zahl der Mutter-Kind-Heime ist geringer geworden. 1969 gab es noch 90 Einrichtungen mit 2219 Plätzen (37 Heime für werdende Mütter mit 571 Plätzen; 53 Wohnheime mit 1648 Plätzen). Die Veränderungen geben die inneren Umstellungen der Einrichtungen nicht wieder. Die Bedarfslage ist heute eine andere als vor zehn Jahren, und es hat in der Klientel Selektionsprozesse gegeben, die ihrerseits mit der Bedarfsänderung in Wechselwirkung zu sehen sind. Mütterwohnheime wurden früher deshalb mehr gebraucht, weil alleinstehende Frauen mit Kind schwerer eine Wohnung fanden – weil sie entweder finanziell nicht mithalten konnten oder wegen ihrer nichtehelichen Mutterschaft diskriminiert wurden. Letzteres ist heute weniger der Fall, und Wohnungen sind leichter zu finden. Mutterschutzheime wurden stärker beansprucht, weil Frauen vom Lande aus Furcht vor Nachrede der Verwandten und der Nachbarn die Anonymität der Stadt suchten und dort in ein Heim gingen, um ihr Kind zu bekommen. Außerdem brauchte man mehr Plätze für Jugendhilfezwecke. Die Herabsetzung der Volljährigkeit auf 18 Jahre hat die Zahl der weiblichen Jugendlichen in Fürsorgeerziehung oder in Freiwilliger Erziehungshilfe ebenso zurückgehen lassen, wie die Schwangerschaftsfälle bei Jugendlichen durch den Gebrauch von Antikonzeptiva reduziert wurden. Außerdem erhebt sich bei jungen Erwachsenen, anders als bei minderjährigen Schwangeren und Müttern, die in ein Mutter-Kind-Heim aufgenommen werden wollen, verstärkt das Problem der Finanzierung. Die Pflegesätze von 30 bis 80 DM pro Tag in den meisten Heimen können von ihnen nicht gezahlt werden. Die Jugendhilfe ist für sie aber in der Regel nicht mehr zuständig. Deshalb sind die vorhandenen Wohnheime oft nur unzureichend belegt.

Eine Hilfe in der Haushaltsführung und Kindererziehung und zudem eine von manchen gesuchte alternative Lebensform stellen die Wohngemeinschaften dar, zu denen sich in der Bundesrepublik einige Zehntausend meist jüngere Leute zusammengefunden haben. Zwar handelt es sich hierbei nicht um eine institutionalisierte Hilfeform, aber um eine Form der Selbsthilfe, die auf ihre Weise familienunterstützend wirkt und die Kinderbetreuung erleichtert. Wohngemeinschaften kommen den psychosozialen Bedürfnissen vieler junger Erwachsener entgegen, auch wenn das Zusammenleben Probleme mit sich bringt und oft nur vorübergehenden Bestand hat [7]).

Für den Kreis berufstätiger, alleinstehender Frauen mit Kindern, die keine sozialarbeiterische Betreuung brauchen, aber eine Wohnung mit einem gewissen Versorgungsangebot suchen, hat man in den letzten Jahren vereinzelt Servicehäuser gebaut. Neben der günstigen Miete haben diese Häuser den Vorteil, daß von den Bewohnern Leistungen wie Kindertagesstätte, Wäscherei und ähnliches in Anspruch genommen werden können.

Für eine vorübergehende Versorgung von Frauen, die im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft in psychischen Schwierigkeiten sind, kommen auch Erholungseinrichtungen in Frage, insbesondere die dem Müttergenesungswerk angehörenden Heime. In seinen 136 Häusern (Stand 1. Janur 1978) werden jährlich fast 1500 geschlossene spezifische Kuren für Mütter mit je 30 bis 60 Teilnehmerinnen durchgeführt [8]). Unter den problemorientierten Sonderkuren sind neuerdings auch solche speziell für werdende Mütter. Andere Kuren erlauben den gemeinsamen Aufenthalt von Mutter und Kind. Die unmittelbaren Kosten einer Kur liegen bei 1000 DM, davon muß eine Frau im Durchschnitt 176 DM selbst aufbringen; bei sozialer Bedürftigkeit kann der Eigenanteil auch ganz wegfallen [9]).

[6]) Diese Einrichtungen wurden in einem Projekt der Kommission gesondert untersucht. Die Ergebnisse werden in der Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit veröffentlicht: W. R. Wendt: Mutter und Kind im Heim, voraussichtlich 1980.

[7]) G. Cyprian: Sozialisation in Wohngemeinschaften. Stuttgart 1978.

[8]) Müttergenesungswerk: MGW Jahrbuch 1979.

[9]) Vgl. dazu auch Kapitel 4, Abschn. 4.2.3.

11.6.2 Familienpflegestellen

Die Betreuung der Kinder wurde früher einmal der Mutter durch die Großfamilie bzw. in der Dorfgemeinschaft erleichtert. In unserer Zeit sind von dieser familialen gegenseitigen Hilfe die verschiedenen Formen der Familienpflege übriggeblieben. Ein nicht geringer Teil der Kinder wird auch heute noch tagsüber von den Großeltern, anderen Verwandten oder in der Nachbarschaft betreut.

Die Tagespflege ist ins öffentliche Bewußtsein durch den Modellversuch Tagesmütter getreten, der – gefördert durch das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit und unter wissenschaftlicher Begleitung durch das Deutsche Jugendinstitut – von 1974 bis 1978 in elf Modellschwerpunkten im Bundesgebiet mit ca. 180 Tagesmüttern und 250 Kindern bis zu drei Jahren durchgeführt wurde. Das Projekt sollte neue Erkenntnisse über die familiale Sozialisation kleiner Kinder außerhalb der eigenen Familie liefern, die Betreuungssituation der Tagespflege verbessern, das Defizit an Unterbringungsmöglichkeiten für berufstätige Mütter mindern und anderen Frauen Gelegenheit zu einer sinnvollen paraprofessionellen Tätigkeit in der Kinderbetreuung geben.

Die Endauswertung des Modellversuchs steht zwar noch aus, die bisherigen Ergebnisse zeigen jedoch deutlich:

Die Tagespflege hat sich öffentlich bemerkbar gemacht und ist zu einer anerkannten Unterbringungsform geworden; sie gewinnt quantitativ – wiewohl regional unterschiedlich – an Bedeutung gegenüber der institutionellen Unterbringung; die Beratung und Betreuung der Familienpflege verbessert sich allmählich; die betroffenen Frauen haben sich zu Selbsthilfegruppen und Vereinen zusammengeschlossen, in denen sie Elternbildung betreiben und durch die sie ihre Interessen vertreten.

Die anderen Formen der Familienpflege werden zur Betreuung von Kindern berufstätiger Eltern nur gelegentlich bzw. dann herangezogen, wenn es an Tagespflegestellen mangelt. Letzteres aber ist, sofern auch nur eine geringe Werbung gemacht wird, weithin nicht der Fall. Bei den Jugendämtern sind häufig unbesetzte Tagespflegestellen gemeldet. Dauerpflege wird vor allem als Form der Erziehungshilfe gebraucht, wenn die Eltern das Kind aus anderen Gründen als wegen der Berufstätigkeit nicht selber aufziehen können. Kurzpflege (bis zu sechs Wochen) kann beansprucht werden, wenn die Eltern wegen Krankheit oder sonst vorübergehend ausfallen. In all diesen Fällen können die Eltern mit Übernahme der Kosten für die Unterbringung des Kindes durch den örtlichen Jugendhilfeträger im Wege der Hilfe zur Erziehung (§§ 5, 6 JWG) rechnen, soweit sie die häusliche Ersparnis übersteigen. – Wochenpflege ist eine Sonderform der Tagespflege, die bei ungünstigen Arbeitszeiten oder bei sonstigen Belastungen der (Teil-)Familie sinnvoll erscheint.

Die heutige Kleinfamilie kann den Ausfall der die Kinder betreuenden Mutter z. B. durch Krankheit oder Kuraufenthalt nur schwer ausgleichen. Man steht dann rasch vor der Notwendigkeit, die Kinder außer Haus unterzubringen. Abgesehen von den hohen Kosten einer solchen Maßnahme, ist es psycho-sozial für die Kinder und die Eltern stets bedenklich, wenn so verfahren wird. Dem Vorhandensein von Diensten, die im Notfall die Weiterführung des Haushalts gewährleisten und die Betreuung der Kinder in der Familie übernehmen, kommt deshalb eine leider oft übersehene Bedeutung zu. Da weder die Träger von stationären Einrichtungen, noch die ambulanten Stellen sich die Aufgabenstellung dieser Dienste so recht zu eigen machen, weil sie professionell schwer einzuordnen sind, bleiben sie häufig unbekannt und im Bedarfsfall unberücksichtigt. Daß die Hauspflegedienste oft nicht abgerufen werden, hängt auch damit zusammen, daß zur Kostenübernahme nach dem BSHG das Sozialamt eingeschaltet werden muß – von den betroffenen Familien also Hürden zu überwinden sind, die gerade im Notfall schwer zu nehmen sind.

Hauspflegedienste werden in der Bundesrepublik unter verschiedenen Bezeichnungen geführt. Es gibt ein- und zweijährig ausgebildete Helferinnen und auch ehrenamtlich tätige Kräfte ohne Ausbildung. Sie werden insbesondere von den Wohlfahrtsverbänden eingesetzt, um vorübergehend in Familien die Haushaltsführung, pflegerische Aufgaben und die Betreuung der Kinder zu übernehmen: Hauspfllegerinnen, Familienpflegerinnen, Dorfhelferinnen. Der Deutsche Caritasverband z. B. weist Ende 1977 insgesamt 693 kath. Familienpflegerinnen- und Dorfhelferinnenstationen mit 1203 Fachkräften (820 Familienpflegerinnen und 383 Dorfhelferinnen) aus [10]).

Voraussetzung ihres Einsatzes ist ein durch Krankheit, Überarbeitung oder durch andere soziale Gründe verursachter Notstand. Geeignet sind sie auch zur Unterstützung alleinerziehender Frauen mit einem Säugling. Die Finanzierung eines solchen Einsatzes ist allerdings schwierig.

Auf privater Ebene hat sich der Frankfurter „Notmütterdienst" organisiert, der seine Mitglieder im Bundesgebiet nach Vereinbarung zu dem gleichen Zweck in Familien schickt. Ein interessanter Versuch läuft seit einigen Jahren in Berlin, wo die „Berliner Gesellschaft für Heimerziehung e. V." die Institution der Familienhilfe eingerichtet hat. Hier kommen im Rahmen der Jugend- und Sozialhilfe (anfänglich vor allem zur Vermeidung von Heimunterbringungen) sozialpädagogisch ausgebildete Helfer zur Übernahme der Haushaltsführung, aber auch zur pädagogisch-therapeutischen Intervention in Problemfamilien.

In Zukunft sollten die verschiedenen Formen der Hauspflege erheblich ausgebaut werden bzw. besser bekanntgemacht und im Anschluß an Sozialstationen und an den allgemeinen Sozialdienst der Kommunen und Kreise genutzt werden. Dabei ist die Klärung der Finanzierung vorrangig, ohne die die vorhandenen Hilfsmöglichkeiten auf diesem Gebiet schlecht genutzt bleiben.

11.6.3 Ganztagseinrichtungen für Kinder

Während die **Kindergärten** als Institution der Elementarerziehung seit der Vorschul-Diskussion Ende der 60iger Jahre in die Bildungsplanung aufgenommen und der Anspruch auf einen Kindergartenplatz für

[10]) Deutscher Caritasverband: Verzeichnis der kath. Familienpflegerinnen- und Dorfhelferinnen-Stationen. Freiburg 1977.

drei- bis fünfjährige Kinder allgemein anerkannt ist, haben die **Tagesstätten (Krippen** und **Horte)** ein davon unberührtes Schattendasein geführt. Es gibt inzwischen für fast alle Kinder, die altersmäßig in Frage kommen, rein statistisch einen Kindergartenplatz. Die Eltern zahlen sehr unterschiedliche Beiträge, nur vereinzelt können Eltern ihr Kind kostenlos unterbringen. An manchen Orten besteht bereits ein Platzüberhang, und man versucht dort, Kindergartenplätze in Hort- bzw. Krippenplätze umzuwandeln. Am 31. Dezember 1977 standen 1 440 995 Plätzen (1969: 1 104 452 Plätze) in Kindergärten nur 112 316 Tagesstättenplätze für bis zu zwölf Jahre alte Kinder gegenüber. Davon waren nur 24 719 als Krippenplätze für null- bis dreijährige ausgewiesen (mehr als ein Drittel von ihnen allein in Berlin); 87 597 waren Hortplätze. Die entsprechenden Zahlen für 1969 waren 16 604 und 74 477. Plätze in Tagesstätten gibt es vor allem in den großen Städten; in ländlichen Regionen gibt es diese Unterbringungsmöglichkeit für Kinder selten. Da die Kosten nur zu einem kleinen Teil von den Eltern getragen werden müssen, ist die Tagesstätte für viele Familien die einzige reale Möglichkeit, bei Berufstätigkeit die Kinder tagsüber zu versorgen. Die von den Jugendwohlfahrtsausschüssen geregelten Elternbeiträge liegen im Bundesgebiet zwischen 100 und 200 DM im Monat einschließlich Verpflegungskosten; sie werden bei sozialen Härtefällen herabgesetzt. Kinder alleinerziehender Eltern werden in Tagesstätten bevorzugt aufgenommen. Für Kinder aus sozialschwachen oder weniger erziehungstüchtigen Familien vermeidet die Betreuung in einer Tagesstätte nicht selten die Dauerunterbringung in einem Heim. Für ausländische Kinder kann sie eine wichtige Rolle bei der sozialen Integration spielen und als Bildungshilfe dienen (durch Schulaufgabenhilfe und sprachliche Förderung). In manchen Großstädten sind mehr als ein Drittel der Plätze von ausländischen Kindern belegt.

Von vielen berufstätigen Eltern wird die Möglichkeit einer ganztägigen Betreuung von Schulkindern gefordert. Das vorhandene Angebot an Ganztagsschulen reicht jedoch bei weitem nicht aus, um den in diesem Bereich bestehenden Bedarf zu decken.

Begüterte Eltern konnten von jeher zu ihrer Entlastung für Kinder im Schulalter Internate in Anspruch nehmen. Diese in der Regel mit Privatschulen verbundenen Schülerheime werden vor allem bei Erziehungs- und Lernproblemen älterer Kinder und Jugendlicher herangezogen. Die Kosten für die Eltern liegen heute selten unter 1000 DM im Monat; eine Übernahme im Wege der Jugendhilfe ist möglich.

11.6.4 Heimerziehung

Bis Anfang der 70er Jahre wurden in der Bundesrepublik noch in größerer Zahl Kleinkinder in Vollheimen untergebracht, wenn eine alleinstehende Mutter sie wegen Berufstätigkeit und auch wegen beengeter Wohnverhältnisse nicht selber versorgen konnte.

Diese Versorgungsform ist fast ganz verschwunden, seitdem in der Öffentlichkeit die schädlichen Auswirkungen eines Heimaufenthalts in den ersten Lebensjahren (Hospitalismus) diskutiert worden ist. Außerdem lassen die hohen Kosten der Heimerziehung (Pflegesätze 60 DM bis 140 DM pro Tag) eine Aufnahme von Kindern aus äußeren Gründen immer weniger zu. Die Zahl der Plätze in Säuglingsheimen ist rasch zurückgegangen (Ende 1976 gab es in ihnen noch 2728 Plätze von 104 610 Heimplätzen insgesamt); neue Säuglingsheime dürfen nicht mehr eröffnet werden.

Die familienersetzende Heimerziehung hat eine pädagogisch-therapeutische Funktion bei milieugeschädigten und verhaltensgestörten Kindern und Jugendlichen, denen auf andere Weise (z. B. durch Unterbringung in einer Pflegefamilie) nicht geholfen werden kann. Familienunterstützend kommen hingegen zur vorübergehenden Versorgung von Kindern als Krisenintervention Aufnahmeheime und Erholungsheime in Betracht, letztere auch als Regeleinrichtung zur Unterstützung der Familienerziehung in gesundheitlicher Hinsicht (sechswöchige Kuren, die gewöhnlich über die Schulgesundheitspflege veranlaßt werden).

11.6.5 Adoption

Die Adoption spielt in den Überlegungen, wie ein Schwangerschaftsabbruch vermieden werden kann, eine erhebliche Rolle. In der Bevölkerungsumfrage [11]) halten 29,2 % der Befragten die Erleichterung der Adoption für eine wünschenswerte Maßnahmen, um die Bereitschaft zum Kind zu fördern. Mit der „Weggabe" des Kindes nach der Geburt soll die soziale Notlage beseitigt werden, welche die werdende Mutter fürchtet. Da eine große Zahl von Bewerbern um ein anzunehmendes Kind einer geringen Zahl von zur Adoption freigegebenen Kindern gegenübersteht, kann davon ausgegangen werden, daß jedes Neugeborene, sofern es nicht behindert ist, sich in eine geeignete Familie vermitteln läßt. Den leiblichen Eltern werden von den Adoptionsvermittlungsstellen auch die erforderlichen Formalitäten abgenommen; sie brauchen dem Vormundschaftsgericht gegenüber nur ihr Einverständnis zu erklären (frühestens acht Wochen nach der Geburt des Kindes).

Der Gesetzgeber hat mit dem „Gesetz über die Annahme als Kind und zur Änderung anderer Vorschriften (Adoptionsgesetz)" vom 2. Juli 1976 und mit dem „Gesetz über die Vermittlung der Annahme als Kind – Adoptionsvermittlungsgesetz –" gleichen Datums das Institut der Adoption auf eine neue Grundlage gestellt.

Die Einführung der Volladoption, welche die Rechtsstellung des angenommenen Kindes verbessert und es gänzlich aus seiner Herkunftsfamilie löst, die Erleichterung der Annahme (Einwilligung bereits, wenn das Kind acht Wochen alt ist; Herabsetzung der Altersererfordernisse bei den Annehmenden u. a.) und der Ersetzung der Einwilligung durch das Vormundschaftsgericht (§ 1748 BGB) sowie die Intensivierung der Arbeit der Vermittlungsstellen haben aber quantitativ über die seit Jahren ansteigende Tendenz hinaus nicht die erhoffte Ausweitung der Adoptionszahlen gebracht. Im Jahre 1977 wurden 10 074 Adoptionen vollzogen, davon waren 2959 Verwandtenadoptionen (1970 waren es 7165, davon 1918 Verwandtenadoptionen). Vermehrt Kinder aus Heimen zu vermitteln, scheitert allerdings an den fehlenden rechtlichen Voraussetzun-

[11]) Siehe dazu die Ausführungen in Kapitel 12.

gen im Einzelfall und daran, daß ältere Kinder mit Verhaltensproblemen selten eine geeignete Adoptionsfamilie finden.

11.7 Kritische Würdigung der flankierenden Maßnahmen

Die Bundesrepublik Deutschland ist ein Industriestaat, der seinen Bürgern einen hohen Lebensstandard ermöglicht und für sie ein ausgebautes System der Daseinsvorsorge und der sozialen Sicherung bereithält.

Dagegen erscheinen die öffentliche Förderung von Familien mit Kindern und die Hilfen für Mütter, die nach allgemeiner Einschätzung mit der Kindererziehung eine gewichtige Leistung für die Gesellschaft erbringen, noch verbesserungsbedürftig.

Es ist zwar in den letzten Jahren in diesem Bereich einiges getan worden, die Kommission hält es jedoch für notwendig, das System der Familienförderung weiter auszubauen.

Die Lebenslage und die Bedürfnisse von Familien und von Müttern mit Kindern haben sich in den letzten Jahrzehnten erheblich verändert, so daß soziale Hilfen und Maßnahmen, die einmal sinnvoll und effektiv gewesen sind, heute ihren Zweck nicht mehr in gleichem Maße erfüllen können. Deshalb müssen neue Konzepte entwickelt werden, die den heutigen Lebensbedingungen eher entsprechen.

Auf vielen Gebieten werden Maßnahmen für die Familie beschlossen, ohne daß ein wirklich neuer Ansatz zustande gekommen ist. Die Bedürfnisse der Betroffenen werden sehr oft von Nichtbetroffenen definiert und in politisches Handeln umgesetzt. Wichtig wäre jedoch, auch die Betroffenen selbst zu Worte kommen zu lassen und bei der Planung von Maßnahmen ihre Meinungen und Einstellungen sowie die Akzeptabilität bestimmter Hilfen zu berücksichtigen.

Die vorhandenen Hilfen und Maßnahmen sind für die potentiellen Nutzerinnen kaum zu durchschauen und schwer verständlich. Sie stellen sich der betroffenen Frau als ein unübersichtliches System dar, bei dessen Inanspruchnahme unerwartete Hürden zu überwinden sind. Die Erfahrungen mit diesen Hürden sind oftmals entmutigend, die eigentlich vorhandenen Hilfen werden nur zögernd gewährt oder äußerst restriktiv gehandhabt, der Ermessensspielraum der Ämter wird oft nicht zugunsten der Frauen genutzt. Widersprüchliche Informationen machen es für die einzelne Frau nicht kalkulierbar, ob sie mit bestimmten Hilfen, die gerade in ihrer spezifischen Situation zu einer angemessenen Problemlösung beitragen würden, rechnen kann. Sie kann deshalb nicht den Eindruck gewinnen, daß es sich um die Wahrung von Rechten bzw. um selbstverständliche und durchaus nicht unangemessene Forderungen handelt, die ihrem eigenen Einsatz und ihrer Bereitschaft, die Aufgaben der Kindererziehung auf sich zu nehmen, entsprechen.

Wenn der Schutz des ungeborenen Lebens als eine verpflichtende gesellschaftliche Aufgabe definiert wird, so ist es nicht damit getan, Frauen mit moralischen Appellen in die Pflicht zu nehmen und sie auf vorgegebene Leitbilder festzulegen, während die Gesellschaft ihrer Verpflichtung nicht in ausreichendem Maße nachkommt, Müttern (und Vätern) mit Kindern akzeptable Lebensbedingungen zu schaffen. Die Möglichkeiten zum Schutz des ungeborenen Lebens müßten mehr als bisher von den Bedürfnissen der Mütter her konzipiert werden, weil dieser Schutz schließlich nur **mit** der Zustimmung der Mütter, nicht aber gegen sie, realisiert werden kann.

Auch das Bundesverfassungsgericht betont in seinem Urteil vom 25. Februar 1975 den Vorrang präventiver Maßnahmen zum Schutz des ungeborenen Lebens vor dem repressiven Mittel der Strafdrohung. Es sei daher Aufgabe des Staates, in **erster Linie** sozialpolitische und fürsorgerische Mittel zur Sicherung des werdenden Lebens einzusetzen.

Bisher beschränken sich die Maßnahmen und Hilfen, die sich gezielt an die schwangere Frau wenden, vorwiegend auf den begrenzten Zeitraum der Schwangerschaft, der Geburt und der ersten Monate danach – sie sind von ihrer Konzeption her widersprüchlich und unzureichend und stellen oft nur **kurzfristige** Hilfen dar, die allenfalls das Mutter**werden** erleichtern. Sie sollen vor allem die Bereitschaft zum Kind fördern, vernachlässigen dagegen die weitreichenden Konsequenzen, die die Geburt eines (weiteren) Kindes für die Familie hat. In diesem Zusammenhang sei z. B. auf die familienpolitischen Förderungsmaßnahmen der Länder verwiesen [12]).

Stattdessen wäre es notwendig, verstärktes Gewicht auf diejenigen Aspekte zu legen, die **langfristig** mit dem Mutter**sein** zu tun haben. Die spezifischen Schwierigkeiten, die Mütter in dieser Gesellschaft haben können – z. B. wenn sie gleichzeitig berufstätig sind, wenn sie ihre Kinder allein erziehen, wenn ihre ökonomische Situation ihre und ihrer Kinder Lebensmöglichkeiten erheblich einschränkt –, müssen mehr als bisher ins Blickfeld gerückt und auf Dauer besser gelöst werden. Fragt man in der Bevölkerung, welche Maßnahmen es der Frau oder den Eltern erleichtern würden, Kinder zu bekommen und großzuziehen, so werden vor allem genannt:

- eine finanzielle Regelung für eine ein- bis dreijährige Freistellung von der Berufstätigkeit (mit Lohnfortzahlung und Arbeitsplatzgarantie)
- größere und billigere Wohnungen für Familien mit mehreren Kindern sowie
- eine ausreichende Zahl von Tagesbetreuungsplätzen für Kinder [13]).

Gerade auf diesen Gebieten ist bisher jedoch zu wenig getan worden:

- Die ursprüngliche Intention, einen Elternurlaub einzuführen, ist durch die Schaffung des Mutterschaftsurlaubs nicht verwirklicht worden. Die Zeit der Freistellung von der Berufstätigkeit ist zu kurz bemessen, der Lohnersatz ist zu niedrig angesetzt und vor allem ist die Einbeziehung der Väter versäumt worden, wodurch die Chancen der Frauen und Mütter am Arbeitsmarkt weiter vermindert sein dürften.
- In der Wohnungsbaupolitik hat man es bei zwar vielfältigen, aber nur bedingt wirksamen Maßnahmen bewenden lassen, die vorwiegend solchen Bewerbern zugute kommen, die finanziell ohnehin besser gestellt sind. Die Situation blieb dagegen für

[12]) Vgl. dazu Abschnitt 11.5.

[13]) Siehe dazu auch Kapitel 12.

Familien mit mehreren Kindern und beschränktem Einkommen weithin unbefriedigend und hat sich in bestimmten Gebieten, vor allem auch im großstädtischen Bereich, eher noch verschlechtert.

— In bezug auf institutionelle Hilfen der außerfamilialen Kinderbetreuung schließlich ist aus ideologischen Gründen die Entwicklung und Förderung von Kinderkrippen, Tagesstätten und Ganztagsschulen weitgehend vernachlässigt worden. Schon gar nicht ist von den Bedürfnissen der Mütter ausgehend versucht worden, in diesen Bereichen ein quantitativ und qualitativ ausreichendes Angebot zu entwickeln.

Insbesonderere die spezifischen Schwierigkeiten der alleinstehenden Frauen mit Kindern werden bei familienpolitischen Überlegungen und Planungen nicht ausreichend berücksichtigt. Statt dessen wird die Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialhilfe angeboten. Der Verweis von Müttern mit kleinen Kindern auf ein Leben als Sozialhilfe-Empfänger und die (Fehl-) Einschätzung dieser „Hilfe" als akzeptable Konfliktlösung sind aber vom Grundsatz her fragwürdig, da man mit dieser Konfliktlösung das Kinderhaben als **Notlage** definiert, die eine längerdauernde Hilfebedürftigkeit bedeutet.

Wenn Sozialhilfe per definitionem nur Personen gewährt wird, die sich in Not befinden und nicht in der Lage sind, aus eigener Kraft ihren Lebensunterhalt zu beschaffen, so scheint es absurd, werdenden Müttern mit Schwangerschaftskonflikten als Konfliktlösung eine längerfristige Festschreibung ihrer Notlage zuzumuten. Der Gesetzgeber hat sich bei der Regelung der Sozialhilfeleistungen bewußt am Existenzminimum orientiert, um diejenigen, die die staatlichen Hilfen erhalten, zu motivieren, möglichst bald wieder auf eigenen Füßen zu stehen. Das Angebot der Sozialhilfe in der Schwangerschaftskonfliktberatung ist deshalb unangemessen, denn eine schwangere Frau ist weder krank noch gar „lebensuntüchtig", selbst wenn sie in einem Schwangerschaftskonflikt zur Beratung kommt; in den meisten Fällen will sie ihren Konflikt aktiv und selbstbestimmt lösen, wird aber, wenn sie das Angebot der Sozialhilfe annimmt, zur Hilfsbedürftigen gemacht. Statt ihr Bedürfnis nach aktiver Konfliktlösung und Lebensgestaltung realisieren zu können, wird sie als Sozialhilfe-Empfängerin zum Objekt von Maßnahmen, wobei sie sich selbst als hilflos und abhängig aufgrund eigenen Versagens erfahren muß. So verwundert es auch nicht, daß in einer neueren Untersuchung über Einstellungen zur Sozialhilfe insbesondere die alleinerziehenden Mütter hohe Diskriminierungserwartungen äußerten und die Inanspruchnahme der Sozialhilfe als entwürdigend empfanden und deshalb ablehnten [14]).

Die Ergebnisse der Bevölkerungsumfrage zeigen ebenfalls, daß gerade die Gruppe der alleinstehenden Mütter große Vorbehalte gegen die Sozialhilfe hat und sich oft nur schwer entschließen kann, das Sozialamt aufzusuchen, um Hilfe in Anspruch zu nehmen [15]).

Auf dem Hintergrund dieser Überlegungen wird verständlich, daß nach aller bisherigen Erfahrung in den Beratungsstellen das Angebot der Sozialhilfe von sehr vielen Frauen als unzumutbar abgelehnt wird. Die betroffenen Frauen spüren, daß – solange sie auf die Sozialhilfe angewiesen sind – ihre Notlage erhalten bleibt und nicht beseitigt wird, obwohl gerade dies die Intention der Reform des § 218 ist, in deren Rahmen der Beratung über soziale Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern sollen, eine zentrale Bedeutung beigemessen wird.

Schwangerschaft und Kinderhaben werden im Rahmen der Sozialhilfe – hier besonders kraß, aber mit ähnlicher Wirkung auch in anderen Bereichen der sogenanten flankierenden Maßnahmen, die Hilfen „gewähren" und damit die „Empfänger" zur Dankbarkeit verpflichten – als soziale Schwäche definiert; dies wird offenkundig durch die amtlich verfügte Zuweisung zur Gruppe der „Armen", zur sozialen Randgruppe derjenigen also, die mit dem Makel leben müssen, nicht aus eigener Kraft für sich sorgen zu können – und dies in einer Gesellschaft, in der Selbstbehauptung durch eigene Leistung die höchste Anerkennung findet.

Daß die Kindererziehung selbst als gesellschaftlich bedeutsame Leistung der Mütter bisher kaum solche Anerkennung findet, zeigt sich deutlich darin, daß die eigenständige soziale Sicherung der Frau umso geringer ist, je mehr Kinder zu haben sie bereit ist und je länger sie deshalb wegen der Betreuung und Erziehung dieser Kinder auf eine eigene Erwerbstätigkeit mit entsprechenden Beitragsleistungen verzichtet.

Es entbehrt nicht der Ironie, wenn in der aktuellen Diskussion über den Geburtenrückgang so häufig von der Gefährdung der zukünftigen Renten die Rede ist, während gerade durch die Geburt jedes (weiteren) Kindes und durch die damit verbundene Unterbrechung der Berufstätigkeit die zukünftigen eigenen Renten der Mütter weiter reduziert werden.

11.7.1 Die Würdigung der Hilfen im einzelnen

11.7.1.1 Unterhaltsvorschußkassen

Die Situation der alleinerziehenden Mütter und ihrer Kinder ist häufig gekennzeichnet durch wirtschaftliche Not. Die materielle Sicherheit der Kinder ist nur mangelhaft gewährleistet.

Die Einrichtung von Unterhaltsvorschußkassen ist deshalb sehr zu begrüßen, doch sind die offenkundigen Mängel der Neuregelung nicht zu übersehen.

— Der Kreis der Anspruchsberechtigten ist zu eng gezogen. Wenn jetzt Kinder bis höchstens zur Vollendung des 6. Lebensjahres besser abgesichert sind, so bleibt doch die große Gruppe der älteren Kinder unberücksichtigt und damit benachteiligt. Nach einer Studie, die im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit vom Emnid-Institut durchgeführt worden ist [16]), bekommen ca. ein Drittel der alleinerziehenden Mütter für ihre Kinder entweder keinen Unterhalt oder nur unregelmäßige Zahlungen. Ein Drittel der Kinder waren zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits

[14]) Unveröffentlichte Ergebnisse einer Studie über Armut in den EG-Ländern, Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, Köln 1979.

[15]) Vgl. dazu Kapitel 12, Abschn. 12.2.9.

[16]) Zur Situation von Alleinstehenden mit Kindern, Bielefeld 1978.

älter als sechs Jahre. Es ist nicht einzusehen, warum sie – und im übrigen alle diejenigen, die vor Ablauf des Dreijahreszeitraums sechs Jahre alt werden – die Unterstützung der staatlichen Stellen entbehren müssen, obwohl sie in gleicher Weise betroffen sind wie die Jüngeren.

11.7.1.2 Mutterschaftsurlaub

Die Einführung des Mutterschaftsurlaubs im Rahmen des Mutterschutzgesetzes hat den Schutz der abhängig beschäftigten erwerbstätigen Mütter durch die Freistellung von der Arbeit bis zu sechs Monaten nach der Entbindung wesentlich verbessert und diesen Müttern gleichzeitig die Möglichkeit gegeben, ihr Kind ohne Belastung durch Pflichten aus dem Arbeitsverhältnis zu betreuen.

Nach Ablauf des Mutterschaftsurlaubs bleiben jedoch wichtige Fragen nach wie vor ungelöst, zum Beispiel die Frage, welche Möglichkeiten eine Mutter hat, die arbeiten will oder muß, ihr sechs Monate altes Baby unterzubringen, wo die berufstätige Mutter einen Teilzeitarbeitsplatz findet, wer ihr garantiert, daß sie überhaupt wieder einen Arbeitsplatz findet, wenn sie schon die erste Frage nicht lösen konnte und deshalb für längere Zeit pausieren mußte, und in welchen Berufen und Tätigkeiten es heute überhaupt noch möglich ist, eine längere Zeit zu pausieren, ohne den Anschluß zu verlieren. Die Möglichkeit, daß auch Väter von der Arbeit freigestellt werden, die für eine bestimmte Zeit die Kindererziehung übernehmen wollen, ist bisher praktisch nicht gegeben.

Derzeit haben nur die Beamten weitergehende Vergünstigungen, wenn sie Beruf und Kinderbetreuung miteinander verbinden wollen: Beamte haben – wenn mindestens ein Kind unter 16 Jahren in der häuslichen Gemeinschaft lebt – die Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung oder Beurlaubung für mehrere Jahre, ohne daß ihnen deswegen gravierende berufliche Nachteile entstehen. Es ist nicht einzusehen, warum diese Regelung auf die Gruppe der Beamten beschränkt bleibt.

11.7.1.3 Finanzielle Belastung durch Kinder

In jüngster Zeit wird verstärkt die Frage diskutiert, welche Funktion dem Kindergeld im Rahmen des Familienlastenausgleichs zukommen soll. Auch wenn das Kindergeld nicht die volle Belastung, die den Eltern durch die Aufwendungen für ihre Kinder entsteht, ausgleichen soll, so müßte es doch wirksamer als bisher dazu beitragen, das starke Absinken des Lebensstandards von Familien mit Kindern gegenüber Kinderlosen mit gleichem Arbeitseinkommen zu verhindern, und die Entwicklungschancen der Kinder durch höheres Familieneinkommen zu verbessern. Daß gerade beim ersten Kind ein Kindergeld von nur 50 DM gewährt wird, ist nicht gerechtfertigt. Daß nach Berechnungen des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen beim Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit das Pro-Kopf-Einkommen einer Drei-Kinder-Familie erheblich unter dem Pro-Kopf-Einkommen von kinderlosen Ehepaaren liegt, ist gesellschaftspolitisch nicht mehr tragbar, auch wenn man davon ausgehen kann, daß Eltern mit mehreren Kindern ohnehin einen deutlich geringeren Lebensstandard als Kinderlose zu akzeptieren bereit sind.

Am wenigsten tragbar und am dringendsten einer Änderung bedürftig erscheint aber die Tatsache, daß ausgerechnet die Gruppe der Sozialhilfe-Empfänger von den Verbesserungen im Familienlastenausgleich durch Kindergeld nicht profitieren kann, weil das Kindergeld nach geltendem Recht auf die Sozialhilfe angerechnet wird. So hat gerade diese Gruppe von den Kindergeld-Verbesserungen des Jahres 1979 nichts gehabt, obwohl die Kinder der von Sozialhilfe lebenden Familen mit Sicherheit am ehesten verminderte Entwicklungschancen haben und deshalb besonders gefördert werden müßten, indem bei anstehenden Kindergelderhöhungen auch die Sozialhilfe um entsprechende Beträge erhöht würde.

11.7.1.4 Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Der **krankenversicherungsrechtliche Schutz** der selbst- oder mitversicherten Schwangeren und Wöchnerin ist im großen und ganzen ausreichend gewährleistet.

Die Leistungen für Familienplanung und Empfängnisregelung, die im Rahmen des Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetzes in die RVO aufgenommen worden sind, haben allerdings einen entscheidenden Mangel: die Kosten für die vom Arzt empfohlenen oder verordneten Mittel werden von den Kassen nicht übernommen und müssen von den Versicherten selbst bezahlt werden.

Dies kann in vielen Fällen dazu führen, daß nicht die sicheren, teuren Mittel und Methoden angewendet werden – eine Dreimonatspackung der Pille kostet mittlerweile zwischen 24 und 35 DM, das Einsetzen eines IUD zwischen 120 und 220 DM –, sondern daß auf unsichere, dafür aber preiswertere Mittel ausgewichen wird. Insbesondere für junge Mädchen und für Hausfrauen ohne eigenes, frei verfügbares Geld besteht mit dieser Regelung eine erhebliche Gefährdung, durch das Angewiesensein auf unsichere Möglichkeiten der Verhütung unerwünscht schwanger zu werden. Es liegt ein offensichtliches Mißverhältnis darin, daß die Politiker mit der Verabschiedung des Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetzes zwar die Kosten für eine zuverlässige Empfängnisverhütung gescheut, dafür aber die Folgekosten unzuverlässiger Methoden, nämlich den Schwangerschaftsabbruch, in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen haben.

Als unzureichend muß die Regelung über den Sonderurlaub zur vorübergehenden Pflege eines kranken Kindes bezeichnet werden. Weder die Beschränkung auf höchstens fünf Tage im Jahr noch die Altersbegrenzung des erkrankten Kindes auf acht Jahre werden den Erfordernissen der Realität gerecht.

Das gleiche gilt für die von den Krankenkassen im begründeten Einzelfall gewährte Hauspflege; der Tagessatz liegt dabei so niedrig, daß im allgemeinen die ganztägige Abwesenheit der berufstätigen Eltern nicht abgedeckt ist.

11.7.1.5 Regelungen im Steuerrecht

Trotz der Vergünstigungen im Steuerrecht, die insbesondere den Ehepaaren gewährt werden, enthält es kaum Regelungen einer gezielten Förderung von Eltern und Alleinstehenden mit Kindern. Mit der stän-

dig zunehmenden Erwerbstätigkeit von Müttern mit kleineren Kindern entstehen auch zunehmend Aufwendungen für die Kinderbetreuung, und zwar ganz besonders für Alleinerziehende, die erwerbstätig sind. Da man unter den traditionellen Familienvorstellungen immer von der Selbstverständlichkeit kostenloser Kinderbetreuung durch die Mütter ausgegangen ist, wurde eine angemessene steuerliche Ermäßigung für Kinderbetreuungskosten bisher nicht in Erwägung gezogen. Die ab 1. Januar 1980 mögliche steuerliche Berücksichtigung von je 600 DM jährlich für beide Eltern kann nicht als angemessene Entlastung betrachtet werden, insbesondere wiederum nicht für Alleinerziehende, die nur 50 DM monatlich absetzen können, während sich dieser Betrag bei verheirateten Eltern immerhin verdoppelt. Es ist offensichtlich, daß eine bedarfsgerechte Kinderbetreuung, die gerade bei Alleinerziehenden sehr häufig als eine ganztägige Leistung benötigt wird, mit 50 DM monatlich bei weitem nicht ausreichend berücksichtigt worden ist. Es erscheint auch kaum gerechtfertigt, daß Verheirateten der doppelte Betrag zur Lösung des gleichen oder sogar geringeren Problems gewährt wird.

Ehepaaren werden auch für bestimmte andere Sonderausgaben die doppelten Freibeträge gewährt, für Kinder wird der entsprechende Betrag dagegen wesentlich niedriger angesetzt. Steuerfreibeträge haben außerdem für die gut Verdienenden einen deutlich höheren Nettoeffekt als für die Steuerpflichtigen mit geringerem Einkommen, obwohl gerade diesen Familien eine spürbare Entlastung bei der Erfüllung ihrer Familienpflichten gewährt werden müßte.

Familienpolitisch fragwürdig ist auch das sogenannte Ehegattensplitting, da es nur die Zwei-Eltern-Familie und insbesondere die Hausfrauen-Ehe begünstigt, und zwar umso mehr, je höher das Einkommen des Verdieners in dieser Familie ist.

Das Ehegattensplitting wird damit begründet, daß es die Ehe besonders fördere und damit schließlich auch den Kindern zugute komme. Tatsächlich ist das Ehegattensplitting aber vorrangig an den Tatbestand der ehelichen gemeinsamen Haushaltsführung geknüpft und begünstigt in vielen Fällen die kinderlose Ehe gegenüber den Familien mit Kindern.

Es kommt auch den Familien nicht zugute, in denen beide Eltern berufstätig sind und annähernd gleichviel verdienen. Bei verschieden hohen Einkommen der Eheleute entsteht zwar ein gewisser Splittingvorteil, doch ist dieser weit geringer als bei nur einem Einkommen.

Kinderlose Ehepaare werden steuerlich mehr begünstigt als Mütter oder Väter, die Kinder haben, aber ledig sind, getrennt leben, geschieden oder verwitwet sind. Damit erweist sich das Splitting in vielen Fällen als eltern- und kinderfeindlich. Der Staat honoriert hier einseitig die Hausfrauen-Ehe, „bestraft" dagegen sowohl Familien, in denen beide Eltern berufstätig sind, als auch die sogenannten „unvollständigen" Familien. Es erscheint in hohem Maße ungerecht, wenn z. B. eine alleinstehende Mutter mit zwei Kindern mehr Steuern zahlen muß als ein kinderloses Ehepaar mit vergleichbarem Monatseinkommen, bei dem ein Partner nicht berufstätig ist.

Die Kosten, die durch das Ehegattensplitting verursacht werden, betragen derzeit ca. 26 Mrd. DM und steigen in den nächsten vier bis fünf Jahren auf 40 Mrd. DM. Mit dieser Summe könnte eine wesentlich verbesserte familien- und kinderfreundlichere Kindergeldregelung finanziert werden.

11.7.1.6 Wohnung und Wohnumwelt

Immer wieder berichten die Zeitungen von den Schwierigkeiten für kinderreiche Familien, eine ihren Bedürfnissen entsprechende Wohnung zu finden. Die Anzeigen des Wohnungsmarkts mit ihren zahlreichen Hinweisen, daß ruhige ältere Ehepaare ohne Kinder bevorzugt würden, sprechen für sich. Es ist offensichtlich, daß weder das Wohnungsbaugesetz noch das Wohngeldgesetz eine grundlegende Lösung des Wohnungsproblems bewirkt haben. Die teilweise Entlastung von hohen Mietkosten durch die Zahlung von Wohngeld schafft zwar in vielen Fällen eine Erleichterung, nützt aber denjenigen wenig, die mit mehreren Kindern in unzureichenden Wohnungen leben müssen, weil sie keine ausreichend große Wohnung finden können, bzw. von Vermietern abgewiesen werden.

Eine kürzlich vom Münchner Ifo-Institut veröffentlichte Studie über die Entwicklung des Wohnungsbestands in den achtziger Jahren kommt zu dem Ergebnis, daß gerade die unteren Einkommensbezieher am Wohnungsmarkt weiterhin benachteiligt sind und in den Städten als Familien mit Kindern gegenüber kinderlosen Ehepaaren deutlich geringere Chancen haben, eine ihren Bedürfnissen entsprechende Wohnung zu finden. Offensichtlich sind auch die Bemühungen im sozialen Wohnungsbau bisher nicht ausreichend, um eine spürbare Verbesserung zu erreichen.

Zu den Schwierigkeiten, Familien mit ausreichendem Wohnraum zu versorgen, kommen die Unzulänglichkeiten und Mängel bei der **Gestaltung der Wohnumwelt** hinzu. Die Freizeit vieler Kinder ist gekennzeichnet durch fehlende Spielmöglichkeiten und eine ständige Gefährdung durch den Straßenverkehr. Die Verordnungen der Länder zur Gestaltung und Instandhaltung von Kinderspielplätzen in Wohnsiedlungen reichen offenbar nicht aus, um den Kindern die Spiel- und Beschäftigungsmöglichkeiten zu schaffen, die für ihre gesunde Entwicklung von so großer Bedeutung sind. Die Einheitsspielplätze bundesdeutscher Wohnsiedlungen mit verschmutztem Sandkasten und phantasielosem Klettergerüst sind jedenfalls weit davon entfernt, den kindlichen Bewegungs- und Betätigungsdrang zu fördern und kreatives Spielen sowie vielfältige Lernprozesse anzuregen.

11.7.1.7 Unterbringungsmöglichkeiten für Mutter und Kind

Bei den institutionellen Hilfen hat man sich bisher zu sehr auf diejenigen Hilfen konzentriert, die nur für einen beschränkten Klientenkreis in Frage kommen oder aber keine spezifische Hilfe in der Situation der Eltern- oder Mutterschaft bieten.

So kommen Mutter-Kind-Heime nur für Frauen in einer persönlichen Problemsituation in Frage, die im Rahmen der Jugend- bzw. Sozialhilfe bewältigt werden muß. Die abnehmende Zahl der Frauen, die der Wohnung wegen in ein Mutter-Kind-Heim ziehen, erhöht den prozentualen Anteil derjenigen, die aus

psychosozialen Gründen aufgenommen werden, weil sie woanders nicht unterkommen können. Es gibt in den Einrichtungen immer mehr Frauen, die allgemeine Lebensschwierigkeiten haben, unselbständig sind und sich dem Alleinewohnen nicht gewachsen fühlen. Die allfälligen Probleme mit dem Partner, mit Eltern und Verwandten sowie geringe erzieherische Befähigung im Hinblick auf das Kind kommen regelmäßig hinzu. Die Klientel der Mutter-Kind-Heime setzt sich heute vorwiegend aus Frauen zusammen, die keinen Beruf gelernt, oft nur die Sonderschule besucht oder die Hauptschule abgebrochen haben und bei den gegenwärtigen Verhältnissen immer häufiger arbeitslos sind. Eine stärkere sozialarbeiterische Betreuung ist deshalb erforderlich. Die Zusammensetzung der Klientel hält andere Frauen ab, in ein Mutter-Kind-Heim zu ziehen, bzw. sie suchen sich so bald wie möglich wieder eine andere Bleibe. Damit schreitet die Selektion fort, und die Mutter-Kind-Heime werden immer mehr zu sozialpädagogischen Einrichtungen mit therapeutischer Funktion.

Im Hilfeangebot der Beratung zur Vermeidung von Schwangerschaftsabbrüchen können die Mutter-Kind-Heime nur eine Randrolle spielen. Sie kommen dann in Frage, wenn Diskriminierung durch die Familie oder die Nachbarschaft in kleineren Orten ein Austragen des Kindes in Frage stellt, wenn die mangelnde Lebenstüchtigkeit einer jungen Frau aus sozialschwacher Familie einen Schutzbereich für die Zeit der Schwangerschaft und für die Erziehung des Kindes in den ersten Lebensjahren sinnvoll sein läßt, und wenn eine junge Frau in öffentlicher Erziehung oder in psychiatrischer Behandlung eine Versorgung in dieser Zeit braucht. Gelegentlich werden die Einrichtungen auch von Frauen in Anspruch genommen, die ihren Ehekonflikt durch die Schwangerschaft verstärkt sehen und sich vor dem Verhalten ihres Mannes fürchten. In immer mehr Großstädten gibt es als Zuflucht für mißhandelte Frauen und ihre Kinder die – zumeist aus freien Initiativen entstandenen und von ihnen getragenen – Frauenhäuser, in denen auch Schwangere vorübergehend unterkommen können, bis ihre familiären Schwierigkeiten eine Klärung oder Lösung finden.

Mit der Errichtung von Servicehäusern für alleinstehende, berufstätige Mütter mit Kindern wurde das Ziel verfolgt, den besonderen Bedürfnissen und Schwierigkeiten dieser Familien wirsam zu begegnen. Das Zusammenleben vieler Menschen, die gleichgeartete Schwierigkeiten haben, erweist sich jedoch häufig als belastend und stigmatisierend, und die Betroffenen beklagen sich über ein wachsendes Gefühl der Ghettoisierung. Dieses könnte vermutlich eher vermieden werden, wenn passende Wohnungen und Serviceleistungen verteilt im Wohngebiet angeboten und finanziell ausreichend gefördert würden.

11.7.1.8 Müttererholung

Erholungseinrichtungen haben im Rahmen des Angebotes an institutionellen Hilfen eine wichtige Funktion. So hat der Aufenthalt in einem Müttererholungsheim den Vorteil des Milieuwechsels, der Entlastung und Entspannung und Neuorientierung, der allseitigen medizinischen, psychosozialen und – sofern die Erholung zusammen mit Kindern durchgeführt wird – pädagogischen Versorgung. Der ausreichenden Nutzung dieser Heime steht noch das Vorurteil entgegen, sie seien in erster Linie für ältere Mütter mit mehreren Kindern gedacht, die sich nach Jahren der Überlastung durch Kinder, Familie und Haushalt erstmals einen Urlaub gönnen dürfen. Die im Programm der Kuren vorgesehene Gesundheitserziehung und Elternbildung ist aber gerade auch für 20- bis 30jährige Frauen zu empfehlen.

Einrichtungen der Familienerholung und der Kindererholung sind zwar im Bundesgebiet genügend vorhanden, nach der Einführung des Kostendämpfungsgesetzes im Gesundheitswesen einerseits und bei der Lage auf dem Arbeitsmarkt andererseits, die Frauen und Familien davon abhält, genügend Zeit für erforderliche Erholungsmaßnahmen aufzuwenden, sind die Belegungszahlen jedoch zurückgegangen. Bei Kindern kommt die Belastung in der Schule hinzu, die einerseits eine Erholungsbedürftigkeit schafft und andererseits verhindert, daß ihr nachgekommen wird. Gut ausgelastet hingegen sind in den Schulferien die verschiedenen Einrichtungen der Stadtranderholung und die Ferienheime für Kinder und Jugendliche.

Die Nutzung von Erholungseinrichtungen des Müttergenesungswerks für werdende Mütter und für alleinstehende Mütter nach der Entbindung wird vor allem durch die ungeklärte bzw. fehlende Finanzierung behindert [17]).

Die Träger der betroffenen Einrichtungen und die Wohlfahrtsverbände haben auf das Fehlen entsprechender Vorschriften zur Kostenübernahme hingewiesen. Finanzielle und institutionelle Hilfen sind offensichtlich nicht aufeinander abgestimmt.

Der Vorschlag verschiedener Verbände, Müttergenesungskuren zu Pflichtleistungen der Krankenversicherungsträger zu machen, wird bisher vom zuständigen Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung unter Hinweis auf die unzumutbare Mehrbelastung der Krankenkassen zurückgewiesen.

11.7.1.9 Einrichtungen der Jugendhilfe und Möglichkeiten der Kinderbetreuung

Es gibt eine ganze Reihe von Hilfen, die dann herangezogen werden können, wenn wegen Gefährdung eines Kindes Jugendhilfe angezeigt ist. Dazu gehören Familienpflege, Heimerziehung und offene Angebote der Sozialarbeit und Sozialpädagogik.
Wenn eine Frau jedoch ihr Kind nicht aus erzieherischen Gründen, sondern „nur" der eigenen Berufstätigkeit wegen in einer außerfamilialen Einrichtung betreuen lassen will, kann sie kaum Jugendhilfe erwarten.

Nach einer Repräsentativerhebung bei erwerbstätigen Müttern mit Kindern bis zu drei Jahren ließen 46 % von ihnen ihr jüngstes Kind von den Großeltern, 7 % durch erwachsene Verwandte und 3 % durch ältere Geschwister betreuen [18]). Von nicht der Familie angehörenden Personen wurden nach diesen Angaben 7 % der Kinder im eigenen Haushalt der Befragten betreut, 4 % von Nachbarn oder Bekannten, 5 % der Kinder waren in einer Tagespflegestelle untergebracht und je

[17]) Vgl. dazu auch Kapitel 4, Abschn. 4.2.3.
[18]) L. Thierauf: Erziehungsgeld, 1975.

1 % in einer Vollpflegestelle (Dauerpflegestelle) oder in einer Kinderkrippe (diese Angabe ist sicher zu niedrig; ein Teil der Befragten gab „Kinderheim" u. ä. an).

Nach der gesetzlichen Regelung (§ 27 JWG) zählt die Unterbringung bei Verwandten nicht zu den Pflegestellen. Von den anderen Betreuungsarten wird von der amtlichen Statistik nur der geringere Teil erfaßt, weil die Pflege häufig durch private Vermittlung und ohne die eigentlich erforderliche Pflegeerlaubnis (§ 28 JWG) seitens des örtlichen Jugendamts erfolgt. Nach einer Erhebung 1974 gab es seinerzeit bei 65 000 Pflegeverhältnissen insgesamt 12 885 Kinder in Tagespflege, davon waren ca. 5300 Kinder unter drei Jahre alt [19]). Tatsächlich war es wohl ein Mehrfaches dieser Zahl; viele Jugendämter zählten überhaupt keine Tagespflegestellen, weil sie dafür kein Personal hatten bzw. nur die Pflegestellen aktenkundig machten, die über das Jugendamt ein Pflegegeld erhielten. Dies ist aber bei Tagespflege in der Regel nicht der Fall. Für den „grauen Markt" für solche Stellen ist deshalb die Untätigkeit der Jugendbehörden auf dem Gebiet der Tagespflege mit verantwortlich zu machen.

Die öffentlichen Träger der Jugendhilfe sind insgesamt gegenüber den familienunterstützenden Hilfeformen der Tagespflege zurückhaltend geblieben. Insbesondere kümmern sie sich kaum um befriedigende finanzielle Regelungen bei Tagespflege. Eine berufstätige Mutter muß, sofern sie nicht Hilfe zur Erziehung nach §§ 5, 6 JWG beanspruchen kann, nach privater Vereinbarung im Monat zwischen 200 und 350 DM für eine Tagespflegestelle zahlen. In Kinderkrippen beträgt der Benutzungsbeitrag der Eltern zwischen 100 und 200 DM, und er ist sozial gestaffelt. Die tatsächlichen Kosten eines Krippenplatzes liegen bei 700 DM; die Differenz wird subventioniert bzw. vom Träger übernommen. Eine Subventionierung der (geringeren) Kosten bei Familientagespflege ist vorgeschlagen [20]), aber erst an wenigen Orten realisiert worden. Sie ist besonders deshalb wünschenswert, weil der Familientagespflege eine besondere Bedeutung im Hinblick auf Familienbildung, nachbarschaftliche Hilfe, Stärkung der Erziehungsfähigkeit von Familien usw. zukommt. Die Jugendämter sollten sich deshalb verstärkt um die Vermittlung und Betreuung von Tagespflegestellen und um bessere finanzielle Regelungen für sie bemühen. Gegenüber institutionellen Betreuungsformen wie Tagesstätten oder Heimen bieten Pflegestellen, wenn sie individuell ausgesucht werden und eine gute Beziehung zwischen abgebenden und aufnehmenden Eltern besteht, Vorteile für die gesunde Entwicklung der Kinder. Ärzte und Verhaltenswissenschaftler haben gegen das Projekt Tagesmütter Stellung bezogen, weil sie gegen jedes „Weggeben" kleiner Kinder und folgerichtig auch gegen die Berufstätigkeit der Frau sind. In der Praxis entwickeln sich die Kinder bei zwischen Eltern und Tagespflegemutter abgestimmter Wechselbetreuung gut, und sie werden allseitig in ihrer Persönlichkeitsentwicklung gefördert [21]). Sie erhalten von festen Bezugspersonen diejenige Zuwendung, die sie brauchen und bei einer überlasteten oder – bei erzwungener Aufgabe der Berufstätigkeit – unzufriedenen Mutter nicht bekommen. Eltern, die eher eine neutralere Betreuung und den sozialerzieherischen Vorteil der Gruppenbetreuung für ihr Kind wollen, braucht aber auch von einer Kinderkrippe nicht abgeraten zu werden, solange diese personell und sachlich hinreichend ausgestattet ist und atmosphärisch den Bedürfnissen von Kleinkindern gerecht wird. Wenn mal Eltern stärker in die Tagesbetreuung ihrer Kinder in einer Einrichtung einbezieht (in Form von Eltern-Kind-Gruppen oder einer „Tageskooperative", wie sie versuchsweise in Berlin eingerichtet wurde), lassen sich Zwischenformen von Tagespflege und Tagesstätten entwickeln.

Tagespflege und Kindertagesstätten werden aber insgesamt wenig gefördert, wie allein schon aus ihrem zahlenmäßigen Umfang zu ersehen ist. Abgesehen vom quantitativen Defizit gibt es bei den Tagesstätten auch noch qualitative Mängel. Die Öffnungszeiten sind ungenügend auf die Arbeitszeiten der Eltern abgestimmt. In den Krippen mangelt es an fachlich kompetentem Personal (es fehlt eine eigenständige „Krippenpädagogik"). Außerdem müßte die Zusammenarbeit mit den Eltern verbessert werden. Durch öffentliche Mittel und Zuschüsse müßten die monatlichen Kosten für Eltern in einem vertretbaren Rahmen gehalten werden.

Die Geschichte des Modellversuchs Tagesmütter belegt, mit welchen Widerständen Initiativen zu rechnen haben, die in diesem Bereich Veränderungen bewirken wollen und damit offensichtlich machen, daß die traditionellen Vorstellungen von Familie und vom spezifisch weiblichen Lebenszusammenhang so nicht mehr stimmen. Die zunehmende Berufstätigkeit der Mütter stößt immer noch auf harte ideologische Widerstände; man weigert sich, die Berufstätigkeit der Mutter als Regelfall anzuerkennen und versucht, der (unaufhaltsamen) Entwicklung entgegenzuwirken, indem man Tageseinrichtungen zu wenig fördert und die Lösung des Problems der Kinderbetreuung weithin der privaten Initiative der Eltern überläßt, wodurch Bevölkerungsgruppen mit geringerem Einkommen wiederum benachteiligt sind.

11.7.1.10 Ganztagsschulen

In vielen Industrieländern übernehmen Ganztagsschulen die Betreuung der Schulkinder in der Zeit der Berufstätigkeit der Eltern. In der Bundesrepublik ist deren Einrichtung hinter anderen Reformen und Reformversuchen zurückgeblieben. Die kritische Feststellung der Sachverständigenkommission, die 1974 den Zweiten Familienbericht der Bundesregierung zu erstellen hatte, gilt noch heute: „Die Bundesrepublik Deutschland ist eines der wenigen hochindustrialisierten Länder der Welt, die noch nicht über ein solches System von Ganztagseinrichtungen verfügen" [22]).

11.7.1.11 Adoption

Die Erwartung, die man in eine Erleichterung von Adoptionen immer wieder setzt – nämlich daß dadurch

[19]) W. R. Wendt: Untergebracht in einer anderen Familie; Blätter der Wohlfahrtspflege 7/1975.

[20]) W. R. Wendt: Die Chance der Tagespflege; Blätter der Wohlfahrtspflege 12/1977.

[21]) Arbeitsgruppe Tagesmütter: Das Modellprojekt Tagesmütter, München 1977.

[22]) Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit: Zweiter Familienbericht, Bonn 1975, Seite 124.

eine große Zahl unerwünschter Kinder in adoptionswilligen Familien unterzubringen und die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche entsprechend zu senken wäre – ist nicht realistisch, da sich nach allen bisherigen Erfahrungen nur sehr wenige Schwangere entschließen können, für eine fremde Familie ihr Kind auszutragen. Dabei wiegen die erwarteten psychischen und emotionalen Belastungen wesentlich schwerer als die körperlichen Beschwerden der Schwangerschaft und die Risiken der Geburt. Nicht zu unterschätzen ist dabei der auch heutzutage noch sehr starke Einfluß bestimmter, gesellschaftlich vermittelter Normen der Mutterschaft, unter deren Wirkung weithin die Vorstellung von einer „guten Mutter" nur schwer mit der negativ gewerteten Bereitschaft zur „Weggabe" des eigenen Kindes zu vereinbaren ist. Daß es sich dabei um eine verantwortungsvolle Entscheidung handelt, muß sich erst noch verbreiten. Frauen, die tatsächlich nicht in der Lage sind, ihr Kind selber zu erziehen, lassen es vorerst lieber im Heim oder geben es höchstens (widerruflich) in Pflege, um nicht den Vorwurf auf sich nehmen zu müssen, sie seien „Rabenmütter".

Es darf in diesem Zusammenhang auch nicht vergessen werden, daß die Erleichterung der Adoption und die Verbesserung der Adoptionsvermittlung in erster Linie dem Ziel dienen, bereits vorhandenen, sonst auf Heimerziehung angewiesenen Kindern, die aufgrund schicksalhafter Lebensumstände Liebe und Zuwendung ihrer leiblichen Eltern entbehren müssen, doch noch ein Zuhause geben, in dem sie ihren kindlichen Bedürfnissen entsprechend aufwachsen können. Das Gesetz kann dagegen ganz sicher nicht dem Ziel dienen, im Zusammenwirken mit einer restriktiven Regelung des Schwangerschaftsabbruchs kinderlosen Ehepaaren doch noch zu dem ersehnten Nachwuchs zu verhelfen.

Schwangerschaftskonflikte sind in den allermeisten Fällen durch Adoption nicht zu lösen, u. a. weil die Gefühle und Reaktionen im späteren Verlauf der Schwangerschaft für die betroffene Frau nicht vorhersehbar sind, so daß die Verschärfung der aktuellen Konflikte befürchtet und angstvoll abgewehrt wird: man möchte sich nicht in die Konfliktsituation bringen lassen, einerseits zum Zeitpunkt der Geburt den Entschluß zur Adoptionsfreigabe nicht mehr aufrecht erhalten zu können, weil er als gefühlsmäßig zu belastend erlebt würde und das „Weggeben" des Kindes nicht verkraftet werden könnte, und andererseits sich mit dem geborenen Kind genau in der ausweglosen Problemsituation zu finden, die man durch den Abbruch der Schwangerschaft vermeiden wollte.

Die Adoptionsvermittlung als Alternative zum Schwangerschaftsabbruch wird eigentlich nur in folgenden Fällen gewählt: Ein religiöses Gewissen läßt einen Abbruch trotz bestehender Notlage nicht zu; für einen Abbruch ist es bereits zu spät; die Mutter ist selbst in einem Heim aufgewachsen und möchte, daß ihr Kind es einmal besser hat; eine sehr junge Mutter fürchtet die Folgen des Eingriffs; eine junge Frau lebt in einem Heim und wird dort überzeugt, daß eine Adoption die beste Möglichkeit ist, um den Schwangerschaftskonflikt zu bewältigen. Ob der Rat, das zu erwartende Kind in Adoption zu geben, angenommen wird, hängt von der Einstellung der Ratgeber ab. Katholische Beratungsstellen melden weit mehr solcher Entschlüsse als andere; ihre Klientel sind Frauen, die eine solche Möglichkeit zumindest nicht von vornherein ausschließen.

Die finanziellen und institutionellen Hilfen sind insgesamt nicht darauf abgestimmt, es der Frau zu erleichtern, Berufstätigkeit und Muttersein als zwei gleichberechtigte Seiten ihrer persönlichen Lebenstestaltung miteinander zu vereinbaren. Sie vermitteln auch nicht die Erfahrung, daß die zweifellos gegebene gesellschaftliche Mitverantwortung für das Aufwachsen der Kinder zuverlässig und selbstverständlich realisiert wird, indem die Bedürfnisse der Frauen, Kinder zu haben und in der Berufstätigkeit ein Stück Unabhängigkeit zu bewahren und in der Teilhabe am öffentlichen gesellschaftlichen und sozialen Leben dieses mitzugestalten, akzeptiert sind, anstatt die Frauen vor unlösbare Konflikte zu stellen. Damit aber verfehlen die Hilfen in vielen Fällen ihre Hauptaufgabe, als flankierende Maßnahmen wirksam zu werden und den Schutz des ungeborenen Lebens zu gewährleisten.

Zu erinnern ist an dieser Stelle an die nunmehr schon über sieben Jahre zurückligenden Diskussionen zur Reform des § 218, in denen deutlich gemacht wurde, welche Anforderungen an das System der öffentlichen Hilfen für Mütter mit Kindern zu stellen seien; bereits in dem am 15. Mai 1972 vorgelegten Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Reform des Strafrechts heißt es in der Begründung zum Abbruch der Schwangerschaft wegen allgemeiner Notlage:

„... Je wirksamer soziale Hilfen für Mutter und Kind ausgestaltet und je bedeutsamer damit die Alternativen zum Abbruch der Schwangerschaft werden, um so geringer wird der Anwendungsbereich der allgemeinen Notlageindikation ... werden. In dem Maße, in dem der sozialstaatliche Auftrag des Grundgesetzes erfüllt wird, kann deswegen auch ein Beitrag zum Schutz des ungeborenen Lebens geleistet werden. Allerdings gilt ... der Grundsatz, daß Versäumnisse und personelle sowie finanzielle Behinderungen der Sozialpolitik nicht einseitig zu Lasten der Schwangeren gehen dürfen ... Es kommt nicht auf die theoretische Möglichkeit, sondern auf das tatsächliche Vorhandensein öffentlicher Hilfen an ..." [23]).

---

[23]) BT-Drucksache VI/3434, S. 27.

12 Die Einstellung der Bevölkerung und bestimmter gesellschaftlicher Gruppen

12.1 Äußerungen von Parteien, Verbänden und kirchlichen Gremien [1])

12.1.1 Parteien

Die politischen Parteien haben sich nach der Verabschiedung des § 218 StGB in der gegenwärtigen Fassung mit offiziellen Stellungnahmen zurückgehalten.

Eine von den Fraktionen der SPD und FDP im Deutschen Bundestag eingebrachte Entschließung vom 26. April 1974 besagt:

„... Die Reform des § 218 StGB muß erreichen, daß der sozialpolitische und strafrechtliche Schutz des ungeborenen menschlichen Lebens sinnvoll und wirksam aufeinander abgestimmt werden, nachdem sich in der Vergangenheit erwiesen hat, daß die unbedingte Strafbedrohung des Schwangerschaftsabbruchs

— im Sinne des Lebensschutzes weitgehend unwirksam geworden ist,
— Angebote des sozialstaatlichen Schutzes – Beratung und Hilfe für Schwangere, Mütter und Kinder – oft ins Leere stoßen läßt,
— insofern Rechtsungleichheit zur Folge hatte, als für Geld und bei entsprechender Redegewandtheit Schwangerschaftsabbruch schon bisher faktisch straffrei war,
— zu unsachgemäß durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen und dabei zu Schäden an Leben und Gesundheit von Schwangeren geführt hat.

... In vielen Fällen ... wird das Leben des Ungeborenen durch eine einfühlsame und helfende Beratung erhalten werden können. Damit rückt die Beratung in den Mittelpunkt der insgesamt auf Lebensschutz gerichteten Maßnahmen."

Wenn in Einzelfällen eine Beratung zur Farce wird, verurteilt dies die SPD-Fraktion (in einer späteren Verlautbarung ihres Fraktionsvorsitzenden Herbert Wehner vom 3. Mai 1979) genauso, wie sie Aktivitäten verurteilt, durch die ein Hindernislauf für die Schwangere notwendig wird und der Mißstand der Abdrängung in die Illegalität und die damit verbundene Gesundheitsgefährdung – die die Reform beseitigen sollte – wieder aufleben.

Zu der Möglichkeit einer erneuten Gesetzesänderung hat die SPD als Partei nicht Stellung bezogen, die ASF [2]) hat dagegen offiziell ihre Forderung nach der Fristenregelung bekräftigt.

Die FDP geht über die öffentlichen Äußerungen der SPD hinaus, wenn sie – obzwar sie das Urteil des Bundesverfassungsgerichts respektiert – in ihrem Programm zur Gleichberechtigung [3]) feststellt:

„Die FDP hält nach wie vor die Fristenregelung für die bessere, gerechtere und menschlichere Möglichkeit, um Frauen in einer Konfliktlage zu helfen und vorbeugende Maßnahmen zu fördern."

Die FDP schließt sich der Rechtsauffassung des Minderheitsvotums des Bundesverfassungsgerichtsurteils vom 25. Februar 1975 an und folgert:

„Daher ist die FDP der Meinung, daß nach Ablauf eines angemessenen Erfahrungszeitraums mit der heutigen Rechtslage erneut die Fristenregelung angestrebt werden sollte. Sie könnte dann anhand der Erfahrungen im In- und Ausland ein weiteres Mal verfassungsrechtlich geprüft werden."

Für die CDU stellt deren Frauenvereinigung, Landesverband Rheinland, fest:

„Das allseits, insbesondere durch den Gesetzgeber erklärte Ziel eines wirksamen Schutzes für das ungeborene Leben, das mit der Reform des § 218 StGB erstrebt wurde, ist nicht erreicht" [4]).

Als Indiz dafür wird der Anstieg der legalen Schwangerschaftsabbrüche nach der Notlage-Indikation zitiert. Die CDU-Frauenvereinigung sieht darin „ein Versagen unseres sozialen Rechtsstaates in politischer, rechtlicher, sozialer und menschlicher Hinsicht." Unter offensichtlicher Identifikation der schweren Notlage mit einer finanziellen Notlage fordert sie als Gegenmaßnahme die Einrichtung von Sonderfonds zur Hilfe für Schwangere und junge Mütter, ein Spektrum materieller Hilfsangebote für Familien sowie mehr Kinder- und Familienfreundlichkeit in der Gesellschaft.

Dies deckt sich im wesentlichen auch mit der Auffassung der CSU, die trotz ihrer vielfach geäußerten Besorgnis über die Entwicklung zum gegenwärtigen Zeitpunkt einen Versuch zur Änderung des § 218 StGB im Bundesrat ausschließt [5]).

[1]) Die nachfolgenden Angaben stammen aus offiziellen Verlautbarungen von Parteien und Verbänden sowie aus Stellungnahmen, die der Kommission zugeleitet wurden, und aus Informationsveranstaltungen der Kommission mit Vertretern verschiedener Institutionen. Da die Bereitschaft zur Zusammenarbeit jedoch nicht bei allen angesprochenen Institutionen vorlag, kann von einer Vollständigkeit der Informationen nicht uneingeschränkt ausgegangen werden. Weiterhin ist zu berücksichtigen, daß die Datenlage nur bis zum Frühjahr 1979 berücksichtigt werden konnte und daß die Zusammenstellung notwendigerweise eklektischen Charakter haben muß.

[2]) Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Frauen.

[3]) Beschlossen beim 29. Ordentlichen Parteitag in Mainz vom 12. bis 14. November 1978, These I, Nr. 2: Reform des § 218.

[4]) Resolution, eingebracht von den Kreisfrauenvereinigungen Duisburg, Kleve, Oberhausen und Bonn, am 5. Mai 1979. Diese Stellungnahme wurde der Kommission auf Anfrage von der CDU-Frauenvereinigung übersandt und kann deshalb als offizielle Meinung der CDU angesehen werden.

[5]) Justizstaatssekretär Vorndran in der Fragestunde des Bayerischen Landtags vom 25. Juli 1979.

12.1.2 Verbände [6])

12.1.2.1 Gewerkschaften

Die Stellungnahmen der Gewerkschaften stimmen dem Minderheitsvotum des Verfassungsgerichtsurteils vom 25. 2. 75 zu und befürworten die Fristenregelung. [6]).

Der DGB weist auf die regionalen Unterschiede in der Möglichkeit der Durchsetzung eines aufgrund einer schweren Notlage indizierten Schwangerschaftsabbruchs hin und fordert daher in der gegenwärtigen Situation die Einrichtung von Modellzentren [7]). Der DGB ist nach wie vor der Ansicht, daß werdendes Leben durch die Fristenregelung besser geschützt werden könne, weil in dieser straffreien Zeitspanne von drei Monaten der Weg zur Beratung geöffnet werde. Voraussetzung sei jedoch, daß durch die Beratungsstellen nicht die freie Entscheidung verhindert werde.

Der DGB-Bundeskongreß 1975 bekräftigt seine „... Auffassung, daß die Fristenlösung der einzige Weg ist, zu der notwendigen Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs beizutragen, den Frauen das Recht auf Selbstbestimmung über ihr eigenes Schicksal zuzuerkennen und ihnen die Möglichkeit zu geben, Not und Leiden von sich und den Kindern – auch den ungeborenen – abwenden zu können" [8]).

Auch die DAG bedauert die mehrheitliche Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts gegen die Fristenregelung. Sie fordert dazu auf, die durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts gesteckten Grenzen so auszufüllen, daß dem sozialen und gesundheitlichen Gesichtspunkt weitgehend Rechnung getragen wird [9]).

12.1.2.2 Verbände der freien Wohlfahrt [10])

Vor der Reform des § 218 StGB herrschte in der **Pro Familia** Einigkeit darüber, daß eine Änderung des damaligen § 218 nötig wäre, um die illegalen Schwangerschaftsabbrüche mit ihren gesundheitlichen Risiken für die Frauen zu unterbinden. Es bestand jedoch keine Einigkeit darüber, ob eine Fristenregelung oder eine Indikationsregelung vorzuziehen sei. Auch nach der Reform betrachtet die Pro Familia den Schwangerschaftsabbruch nicht als Methode der Wahl für eine familienplanerische Intervention, sondern setzt sich die Aufklärung über präventive Maßnahmen zum Ziel.

Ihre Beratungsstellen werden jedoch in besonders starkem Maße mit den Problemen der Frauen konfrontiert, die verstärkt Beratungsstellen der Pro Familia in Anspruch nehmen [11]). Diese Inanspruchnahme wird als Vertrauensbeweis begrüßt, das damit verbundene Erwartungspotential setzt Pro Familia jedoch in die Zwangslage, den Frauen beim Schwangerschaftsabbruchverfahren beraterisch zur Seite zu stehen und aufgrund der rein quantitativen Überlastung ihre präventive Zielsetzung weniger berücksichtigen zu können. Der Schwangerschaftsabbruch ist ein gesellschaftliches Problem, das von der Pro Familia als privater Organisation auch nach eigener Einschätzung nicht gelöst werden kann.

Sie bedauert vor allem, daß aufgrund der Zwangsberatung in dieser Situation Frauen auch ohne eigentliche Beratungsmotivation in die Beratungsstellen kommen, begrüßt jedoch, daß dadurch auch Frauen, die sonst einer Beratung über präventive Maßnahmen der Familienplanung nicht zugänglich sind, erreicht werden können und bemüht sich um neue Wege der Beratung zur Vermeidung unerwünschter Schwangerschaften.

Die **Arbeiterwohlfahrt** (AW) hätte bei der Reform des § 218 die Fristenregelung bevorzugt. Sie beurteilt den Schwangerschaftsabbruch nicht als geeignetes Mittel der Geburtenregelung, vertritt jedoch den Standpunkt, „... daß Frauen, die in Not geraten sind, ein straffreier Abbruch – ohne Demütigungen und medizinisch-technisch einwandfrei – zu gewähren ist" [12]). Sie beurteilt bei der gegenwärtigen Regelung vor allem die Erschwernis für die Frau negativ, die durch den vorgeschriebenen Instanzenweg eintritt und durch restriktive Länderregelungen verstärkt wird.

Ähnlich wie die Pro Familia hat auch die AW keine ausreichenden finanziellen Eigenmittel, um die von ihr unterhaltenen Beratungsstellen zu tragen, so daß es diesen Verbänden erschwert wird, ihr Beratungsangebot aufrechtzuerhalten, wenn einzelne Länder eine finanzielle Förderung nur in geringem Umfang vornehmen.

12.1.2.3 Ärztliche Institutionen

Die **Bundesärztekammer** stellt fest, daß ihr aufgrund der Auflösung der Gutachterstellen bei den Ärztekammern nach der Neuregelung des § 218 alle Voraussetzungen für Erhebungen zur Frage des Schwangerschaftsabbruchs fehlen.

Sie nimmt den hohen Anteil der Notlage-Indikation bei der Begründung des Schwangerschaftsabbruchs als Indiz dafür, daß sich „... Befürchtungen, daß die sog. „soziale Notlage" zu mißbräuchlicher Indikation des Schwangerschaftsabbruchs führen könnte ..." bestätigt haben und befürchtet, „... daß der Widerstand innerhalb der Ärzteschaft gegen die ungehemmte Praxis des Schwangerschaftsabbruchs unter dem Druck der Öffentlichkeit erlahmen wird" [13]). Dementgegen

---

[6]) Die Ausführungen beziehen sich zum einen auf die Ergebnisse von Seminaren der Kommission mit Gewerkschaftsvertretern, Frauen- und Familienverbänden sowie Vertretern der freien Wohlfahrtsverbände, zum anderen auf schriftliche Äußerungen dieser Verbände in der Öffentlichkeit und in Stellungnahmen an die Kommission.

[7]) Vgl. Kapitel 6, Abschn. 6.3.

[8]) Protokoll DGB-Bundeskongreß 1975, S. 289, und Protokoll der DGB-Bundesfrauenkonferenz 1977, S. 306 bis 308. Die Äußerungen der IG Metall in der Informationsveranstaltung der Kommission lassen in diesem Punkt eine weitgehende Übereinstimmung mit der hier dargestellten Position erkennen.

[9]) Beschluß des 11. Bundeskongresses der DAG im Oktober 1975.

[10]) Die Auffassungen der konfessionellen Verbände werden in Abschn. 12.1.3 dargestellt.

[11]) Vgl. Kapitel 4, Abschn. 4.3.3; siehe auch Stellungnahme der Pro Familia vom Dezember 1979 im Materialband zum Kommissionsbericht.

[12]) Stellungnahme der Arbeiterwohlfahrt, Bundesverband e. V. an die Kommission, vom 30. Mai 1979, siehe Materialband zum Kommissionbericht. Vgl. dort auch die Stellungnahme der Humanistischen Union von Oktober 1979/Februar 1980.

[13]) In einer Entschließung des 82. Deutschen Ärztetages, 1979, Ärzteumdruck VI/13.

sagt sie: „Der Arzt darf seine Aufgabe nicht darin sehen, durch Abtreibung soziale Konflikte zu lösen, sondern bleibt nach wie vor zur Erhaltung des ungeborenen Lebens verpflichtet."

Der **Deutsche Ärztinnenbund** hat sich besonders mit den psycho-sozialen Hintergründen des Schwangerschaftsabbruchs beschäftigt. Er stellt fest, daß trotz des großen Angebots an Information über Empfängnisregelung immer noch eine viel zu große Zahl unerwünschter Schwangerschaften entsteht, so daß eine Verbesserung der medizinischen Aus- und Weiterbildung sowohl in diesem Bereich als auch zur Beurteilung der Situation einer Frau mit einem Abbruchswunsch nötig erscheint. Der Deutsche Ärztinnenbund betont, daß es sich bei einer Vielzahl von festgestellten Notlage-Indikationen in Wahrheit um vorwiegend medizinisch-psychologische Indikationen handelt, so daß der vielfach beklagte Anstieg der Notlage-Indikationen neu beurteilt werden müßte.

Eine große Zahl von Frauen halte aus persönlichen Gründen einen Schwangerschaftsabbruch in ihrer jeweiligen individuellen Konfliktsituation für unerläßlich. Die betroffenen Frauen würden zudem sehr oft mit der Unsicherheit des männlichen Partners und seiner Unfähigkeit zu verantwortlicher Partnerschaft konfrontiert. Die Partnerberatung sei daher mit allen Mitteln zu fördern. Obwohl die alleinstehende, berufstätige Frau auch aufgrund nicht ausreichender, materieller Hilfen einen Schwangerschaftsabbruch erwägt, sind – nach der Analyse des Deutschen Ärztinnenbundes – nur materielle Hilfen nicht entscheidend, es sei vielmehr nötig, die verborgenen Konflikte der Frau zu ermitteln und ihnen zu begegen, um die Wiederholung einer unerwünschten Schwangerschaft zu verhindern.

12.1.3 Äußerungen von krichlichen Verbänden und kirchlichen Gremien

12.1.3.1 Katholische Kirche

Die kath. Kirche hat in der Diskussion um die gesetzliche Neuregelung der strafrechtlichen Bestimmungen zum Schwangerschaftsabbruch in einer Vielzahl von Stellungnahmen ihre Position bekräftigt, wonach ein Schwangerschaftsabbruch nicht nur aus moraltheologischer Sicht, sondern auch und gerade wegen der Gültigkeit allgemein-menschlicher Grundwerte einen unzulässigen Eingriff in das menschliche Leben darstellt. Ausgehend von der der modernen Biologie zugeschriebenen Erkenntnis, „daß es kein vormenschliches Stadium des Embryos im Mutterleib gibt" [14]), besteht für die kath. Kirche unverändert kein Zweifel daran, daß menschliches Leben mit der Keimzellenverschmelzung, also im Augenblick der Empfängnis, beginnt:

„Von diesem Tag an ist das Leben unantastbar. Die Mutter hat kein Verfügungsrecht über das ungeborene Leben; denn das Kind im Mutterleib ist nicht Teil des Körpers der Mutter, sondern es ist eigenes und selbständiges Leben" [15]).

Das Lebensrecht des Ungeborenen und seine unantastbare Würde, seine Schutzbedürftigkeit bilden den Ausgangspunkt aller ethischen und moraltheologischen Überlegungen der kath. Kirche zum Schwangerschaftsabbruch. Sie sieht in der derzeitigen strafrechtlichen Regelung keinen ausreichenden staatlichen Schutz für das ungeborene Leben. Die kath. Kirche hat sich auch nach Inkrafttreten des Fünfzehnten Strafrechtsänderungsgesetzes immer wieder dahingehend geäußert, daß sie sich mit der derzeitigen Regelung niemals abfinden werde und auch in Zukunft um Änderungen bemüht sein werde, die den Schutz des ungeborenen Lebens besser gewährleisteten. Dazu gehöre neben Beratung und Hilfen auch ein wirksamer strafrechtlicher Schutz [16]).

Sie bedauert, daß in der Öffentlichkeit der Schutz des ungeborenen Lebens – entgegen dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts – kaum noch eine Rolle spiele, daß vielmehr ein Recht auf Schwangerschaftsabbruch proklamiert werde. Dieser werde vielfach auch als harmloser medizinischer Eingriff und als selbstverständliche Lösung im Fall eines Schwangerschaftskonflikts dargestellt.

Als Folge einer zunehmenden Abreibungsmentalität würden Frauen häufig von ihrer Umwelt, insbesondere von Seiten des Partners und der Familie, unter Druck gesetzt, einen Abbruch durchführen zu lassen.

Daher kommt in Beratungsstellen kath. Träger [17]) der Beratung, die den Erhalt des ungeborenen Lebens zum Ziel hat, besonderes Gewicht zu. Dies soll die Interessen der Frau und ihre eigene Verantwortung nicht ausschließen, sondern es wird in ausführlichen Beratungsgesprächen angestrebt, die Bedürfnisse und Wünsche der Frau mit dem Lebensrecht des ungeborenen Kindes in Einklang zu bringen. Angeboten werden Beratung und Hilfen in persönlichen, familiären, beruflichen und anderen Lebensfragen, praktische finanzielle und materielle Hilfen sowie Unterstützung bei der Inanspruchnahme sozialer Leistungen oder beim Durchsetzen rechtlicher Ansprüche.

Die kath. Kirche hat – ergänzend zu staatlichen Mitteln – spezielle Fonds zur Verfügung gestellt, die kath. Beratungsstellen in Anspruch nehmen können.

Für die in der Beratung vermittelbaren Hilfen standen den Beratungsstellen 1975/76 insgesamt 4 Millionen DM zur Verfügung, die allerdings nicht ausgeschöpft wurden. Eine fortlaufend geführte Beratungsstellenerhebung des Deutschen Caritasverbandes deutete darüber hinaus im Trend an, daß die Inanspruchnahme dieser Mittel zwischenzeitlich rückläufig war [18]).

Die kath. Träger kritisieren am Verfahren vor allem, daß häufig die Indikationsfeststellung vor der Beratung erfolge und damit die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch schon vorweggenommen werde, so daß die Motivation der betroffenen Frauen zu einem offenen Beratungsgespräch gering sei. Sie beurteilen auch die Möglichkeit der Indikationsfeststellung in der Beratungsstelle negativ. Möglichkeiten und Chancen

[14]) Hirtenwort der Deutschen Bischöfe 1973; siehe auch Protokoll der 74., 75. und 76. Sitzung des Sonderausschusses für die Strafrechtsreform am 10., 11. und 12. April 1972.

[15]) Deutsche Bischofskonferenz 1972.

[16]) Vgl. B. Vogel, 24. Mai 1976; Zentralkomitee der Deutschen Katholiken März 1977; K. Panzer 4. März 1978.

[17]) Vgl. Kapitel 4, Abschn. 4.3.1.1.

[18]) In diesem Zusammenhang müssen nach Meinung von Caritas neue familienpolitische Leistungen in den Bundesländern und die Bereitstellung kommunaler Fonds in einigen Gemeinden mitberücksichtigt werden. Vgl. dazu Kapitel 11, Abschn. 11.5.

der Beratung würden dadurch oftmals in ihrer Wirksamkeit stark eingeschränkt, das Beratungsgespräch werde auf eine reine „Scheinübergabe" reduziert.

Die kath. Kirche ist der Auffassung, daß mit der Handhabung des Gesetzes in vielen nicht-kath. Beratungsstellen doch noch – entgegen dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts – die Realisierung einer Fristenregelung erstrebt wird.

Nach ihrer Auffassung hat in der Beratung nicht die Zahl der Fälle das entscheidende Gewicht, sondern eine qualifizierte Beratung mit dem intensiven Bemühen um wirksame Hilfe für die Mutter und ihre Familie. Allgemeines Ziel muß es nach Ansicht der **Caritas** und des **SKFM** sein, den Wert „Leben" wieder in Relation zu den Wünschen der Frauen zu bringen [19]). Dies müsse durch ein ausreichendes Angebot an Hilfsmaßnahmen unterstützt werden, die jedoch nicht gegeben seien.

Die Forderungen der kath. Kirche zielen im ideellen Bereich auf eine gesellschaftliche Aufwertung der Familie und damit auch des Kindes, auf die Entdiskriminierung nichtverheirateter Frauen mit Kindern sowie derer, die ihr Kind zur Adoption abgeben wollen. Bei den materiellen Hilfsangeboten fordert sie für alle Bereiche die Langfristigkeit der Hilfen. Im einzelnen fordert sie vor allem eine finanzielle Stützung der jungen Familien, die bei Realisierung des Kinderwunsches durch den Wegfall des Verdienstes der Frau in eine schwierige finanzielle Situation kommen, familiengerechte Wohnungen, die Realisationsmöglichkeit des Kinderwunsches auch berufstätiger Frauen durch Kinderbetreuungsangebote, Teilzeit-Arbeitsplätze, Rückkehrmöglichkeit in den Beruf und Zuschüsse zur Kinderunterbringung für Frauen mit geringem Einkommen, sowie einen verstärkten Einsatz von Familienpflegerinnen. Sie kritisiert vor allem die oft zu bürokratische Handhabung der sozialen Hilfen durch die Behörden, deren Angebot häufig keine Alternative für die Frau darstelle, weil es als Lebensgrundlage für die Familie nicht ausreiche.

12.1.3.2 Evangelische Kirche

Anders als die kath. Kirche gingen die maßgeblichen Gremien innerhalb der Evangelischen Kirche Deutschlands (EKD) von der gebotenen Reformbedürftigkeit der strafrechtlichen Bestimmungen zum Schwangerschaftsabbruch aus. Die Anerkennung des gesetzgeberischen Bestrebens, durch eine Neuregelung der gesetzlichen Bestimmungen einen wirksameren Schutz des gebornen und ungeborenen Lebens zu gewährleisten, hat auf Seiten der EKD eine Entsprechung in der offenen, an der Gewissensentscheidung des einzelnen vor Gott orientierten Meinungsbildung gefunden. Insofern gibt die gemeinsame Erklärung des Rates der EKD und der Deutschen Bischofskonferenz vom 26. November 1973, wonach „die Fristenregelung ... aus sittlichen, rechtlichen und gesellschaftlichen Erwägungen für unvertretbar" gehalten wird, ein einseitiges Bild der Meinungsbildung innerhalb der EKD zur Reform des § 218 StGB wieder. Ein von der EKD-Synode in korrektiver Absicht gefaßter Beschluß nimmt ausdrücklich auf diese Stellungnahme des Rates der EKD und der Deutschen Bischofskonferenz Bezug, wenn er sagt:

> „Die gemeinsame Erklärung des Rates der EKD und der Deutschen Bischofskonferenz hat den Eindruck erweckt, als habe das Gespräch in der evgl. Kirche zu einer übereinstimmenden Befürwortung einer engen Indikationsregelung geführt. Die Synode stellt fest, daß zahlreiche Christen – auch Synodale der EKD – einer Fristenregelung, die eine Beratung einschließt, den Vorrang geben" [20]).

Als bestimmend für die Meinungsbildung im evgl. Raum kann die Erkenntnis angesehen werden,

> „daß es weder in sittlicher noch in rechtlicher Hinsicht eine voll befriedigende Lösung geben kann, wenn verschiedenartige sittliche Verpflichtungen und Rechtsgüter zueinander in Konkurrenz treten" [21]).

Die Erhellung dieses Hintergrundes erscheint notwendig, um verständlich zu machen, daß sowohl der Schwangerschaftsabbruch wie auch seine Verweigerung in bestimmten Situationen schuldig machen können.

Die EKD sieht sich durch die Neuregelung der strafrechtlichen Bestimmungen zum Schwangerschaftsabbruch auf besondere Weise herausgefordert, die Annahme ungewollter Schwangerschaften durch flankierende Maßnahmen zu erleichtern.
Der Diakonische Rat der EKD hat durch die Annahme eines von einer Expertenkommission vorgeschlagenen Katalogs von Verbundmaßnahmen eine Hilfsbereitschaft dokumentiert, die dem besonderen Auftrag der evgl. Kirche in dieser Frage Rechnung tragen soll. Er reicht von der Mitarbeit bei der Gesetzgebung über den Abbau negativer Verhaltensweisen zu konkreten Hilfsangeboten in akuten Notsituationen bis hin zur Befassung mit den Problemen gesellschaftlicher Randgruppen [22]).

Aufgrund der Erfahrungen der evgl. Beratungsstellen mit dem reformierten § 218 StGB lehnt das **Diakonische Werk** die Indikationsstellung in der Beratungsstelle ab, da dies abträglich für die Gesprächsbereitschaft und das Vertrauensverhältnis zwischen der Frau und dem Berater sei.

Die Offenheit für die Beratung sei auch umso größer, je früher die Beratung einsetzt. Große Bedeutung haben Bezugsgruppen für die Entscheidung der Frau, das Kind auszutragen oder nicht. In der Regel sei die Motivation zum Austragen auch dann größer, wenn vorher noch keine Indikation gestellt wurde. Der Schwangerschaftskonflikt erweise sich häufig nur als Ausdruck einer allgemeinen Konfliktsituation bzw. Nicht-Bewältigung des Lebens.

Die Beratungspflicht wird besonders im Hinblick darauf begrüßt, daß bei der Beratung eine gezielte Aufklärung über Fragen der Familienplanung möglich ist.

Als wichtigste materielle Hilfen werden verbesserte Wohnverhältnisse, Teilzeit-Arbeitsplätze sowie eine nachbetreuende Begleitung von Frauen, die einen Abbruch vornehmen lassen, sowie von Frauen, die das

[19]) Zu obiger Darstellung vgl. Stellungnahme der Caritas und des Sozialdienstes Katholischer Frauen und Männer im Materialband zum Kommissionsbericht.

[20]) Synodalbeschluß der EKD Januar 1974.

[21]) Erklärung des Rates der EKD vom 5. April 1973.

[22]) Vgl. Diakonischer Rat, Dezember 1973.

Kind unter schwierigen Bedingungen austragen, genannt [23]).

Die EKD sieht ähnlich wie die kath. Kirche, daß die verfügbaren sozialen Hilfen von Ratsuchenden oft nicht als Alternative zum Schwangerschaftsabbruch angenommen werden. Sie betont allerdings, daß nur in einer Minderzahl der Beratungsfälle wirklich materielle Hilfe indiziert ist.

Das für den Protestantismus konstruktive Moment der Gewissensentscheidung des Einzelnen findet seinen Ausdruck auch darin, daß es keine einheitlichen Richtlinien für die Beratungsarbeit innerhalb der EKD gibt, sondern daß die Landeskirchen im Zusammenwirken mit der Beratungspraxis jeweils den Rahmen für die Beratung gemäß § 218 b StGB festgelegt haben.

12.2 Die Einstellung der Bevölkerung und gesellschaftlicher Gruppen

Die Kommission hat verschiedene Forschungsaufträge vergeben, um ein Bild der Einstellungen in der Bevölkerung zum Schwangerschaftsabbruch und zum § 218 StGB zu erhalten.

Die folgende Darstellung basiert auf einer qualitativen Vorerhebung und einer Repräsentativerhebung [24]).

Im wesentlichen werden in der folgenden Darstellung die Ergebnisse der Repräsentativerhebung referiert. Die Daten der qualitativen Vorerhebung dienen dazu, diese Ergebnisse zu differenzieren und anschaulich zu machen [25]).

Vor der Reform des § 218 war die Diskussion über den Schwangerschaftsabbruch sehr intensiv, man konnte sich dem Thema kaum entziehen. Bei vielen war das Gefühl entstanden, mitbestimmen und Veränderungen bewirken zu können. Laut Bevölkerungsumfrage haben sich seinerzeit 70 % der Befragten mit dem Thema beschäftigt und – zum Teil sehr engagiert – darüber diskutiert. Die Reform brachte dann für die Befragten aber offenbar keine befriedigende Lösung. „Man hat dann alles zerredet", sagen die einen bei der qualitativen Erhebung; andere meinen, daß die Parteien diese Sache benutzt hätten, um sich zu profilieren. Aus der konstruktiven Auseinandersetzung sei ein Machtkampf geworden. „Jeder wollte dann nur noch seins durchsetzen. Ich hab' das schon nicht mehr hören können, weil, das war ja doch nur noch ein Krampf." Trotzdem halten noch immer 66 % der bundesrepublikanischen Bevölkerung den Schwangerschaftsabbruch für ein großes Problem. Noch immer löst das Thema – das zeigte sich in den Diskussionen – widerstreitende Gefühle und eine intensive Auseinandersetzung auch mit zentralen Fragen der persönlichen Lebenskonzeption und des eigenen Wertehorizontes aus.

12.2.1 Einstellungssysteme

Grundsätzlch lassen sich drei unterschiedliche Einstellungssysteme herauskristallisieren [26]).

Die **konservative Einstellung** findet ihren schärfsten Ausdruck in der Feststellung „Schwangerschaftsabbruch ist ein ebenso schlimmes Verbrechen wie Mord". Ihre Vertreter plädieren mit Nachdruck für das „Lebensrecht ungewollter Kinder". Leben, auch ungeborenes, ist für sie unantastbar, „jedes Kind ist für eine Frau ein Geschenk Gottes", sein Schutz ist ethische Norm. Zu diesem System gehören auch traditionelle Geschlechtsrollenvorstellungen: „Mutterschaft ist unerläßlich zur Entfaltung und Vertiefung der Persönlichkeit der Frau" und „nur ein Kind kann dem Leben der Frau den wahren Inhalt geben", Vorstellungen also von einer ganz bestimmten Aufgabe und Erfüllung weiblicher Existenz. Die konservativen Vorstellungen bleiben nicht auf den Bereich des Ethischen und Idealen beschränkt. Sie werden durch einige pragmatische Überlegungen abgestützt – oder verwässert: man befürchtet einen Geburtenrückgang durch die Freigabe des Abbruchs, und der gefährdet die Rentenzahlung. Kinder sind Garanten der eigenen Altersversorgung; Kinder werden instrumentalisiert.

In deutlichem Gegensatz zu diesem Einstellungssystem stehen zwei inhaltlich verwandte, jedoch klar voneinander abgrenzbare Argumentationsgruppen; sie haben untereinander nur geringe statistische Übereinstimmung, haben also im Grunde wenig miteinander zu tun.

Zur **emanzipationsorientierten Einstellung** gehören Argumente wie „die Bevormundung der Frau wird erst aufhören, wenn der Schwangerschaftsabbruch freigegeben ist", „der Schwangerschaftsabbruch sollte erlaubt sein, damit die Frauen von den Männern unab-

---

[23]) Vgl. Stellungnahme des Diakonischen Werks im Materialband zum Kommissionsbericht.

[24]) Bei der Vorerhebung wurden 132 repräsentativ ausgewählte Personen in sechs Gruppendiskussionen (insgesamt 58 Teilnehmer) und 74 Einzelinterviews (Tiefeninterviews) befragt. Die Ergebnisse dienten als Grundlage für die Entwicklung eines Fragebogens für die Repräsentativerhebung. Bei der Repräsentativerhebung wurden 2510 Personen im Alter von 16 bis 60 Jahren befragt. Überrepräsentativ berücksichtigt wurden folgende Subgruppen:

	in der Stichprobe enthalten	zusätzlich befragt	insgesamt befragt
Gebärfähige Frauen (16 bis 44 Jahre)	N = 627 38 %	N = 460 18 %	N = 1287 56 %
Kinderreiche (4 und mehr Kinder)	N = 116 7 %	N = 250 10 %	N = 366 17 %
Alleinerziehende Mütter	N = 19 1 %	N = 156 6 %	N = 175 7 %

Zieht man die zusätzlich Befragten (insgesamt 866 Personen) von der Gesamtstichprobe ab, so ergeben sich 1644 Personen, die im strengen Sinne repräsentativ ausgewählt sind. Die Grundauszählung des Gesamtsamples unterscheidet sich jedoch nur unwesentlich von der des Repräsentativteils. Um ausreichend große Untergruppen zu erreichen, liegt sie den folgenden Tabellen zugrunde. Die qualitative Erhebung wurde Anfang 1977, die Repräsentativerhebung Ende 1977 Anfang 1978 durchgeführt.

[25]) Im Text werden die qualitativen Daten der Vorerhebung von den quantitativen der Repräsentativerhebung durch Formulierungen wie ‚in den Gruppendiskussionen' oder ‚bei der qualitativen Erhebung' unterschieden. Alle wörtlichen Gesprächszitate stammen aus der qualitativen Erhebung.

[26]) Diese Einstellungssysteme sind bei der Auswertung der Fragebogenerhebung faktorenanalytisch gewonnen und lassen sich nur bedingt bestimmten Personen oder Gruppen zuordnen. Theoretisch kann ein und dieselbe Person verschiedene Einstellungen haben und sie je nach Gelegenheit unterschiedlich äußern.

hängiger werden", „jede Frau sollte über ihren Körper selbst bestimmen können, Staat und Kirche haben ihr da keine Vorschriften zu machen".
Es geht hier um Abwehr einer Bevormundung durch Männer, Staat oder Kirche. Die Möglichkeit, sich von biologischen Zwängen zu befreien, also einen Abbruch durchführen zu können, wird als wesentliche Voraussetzung der Unabhängigkeit gesehen. Der Abbruch bekommt dabei kein kriminelles Etikett, man glaubt nicht an eine negative Geburtenentwicklung und sieht den Sozialstaat nicht gefährdet; unerwünschte Kinder müssen nicht angenommen werden. Wesentlich ist die Entfaltung der eigenen Individualität [27]).

Bei der **pragmatischen Einstellung** liegt der Schwerpunkt auf einer gerechten Verteilung von Verantwortung und Selbstbestimmung in der Familie: „Solange die Frau Kindererziehung und Hausarbeit weitgehend allein leisten muß, soll sie auch allein über einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden". „Wenn der Mann die Empfängnisverhütung allein der Frau überläßt, soll die Frau auch allein über einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden dürfen." Menschen, die diese Argumente vertreten, sind an Selbstbestimmung in Relation zur eigenen Verantwortung und Belastung in der Familie interessiert. Es wird sehr deutlich ‚wenn – dann' gesagt, es ist eine nüchterne, sehr ‚vernünftige' Position ohne besondere ethische Begründung. Eine eindeutige Zuordnung zu bestimmten Abbruchsregelungen und Einstellungen zu Mutterschaft und Kindern ist nicht möglich.

In der vorliegenden Erhebung erweisen sich diese Einstellungen durchgehend als ziemlich konsistent. Leichte Verschiebungen ergeben sich vor allem bei der Problemnähe: solange von abstrakten gesetzlichen Normen die Rede ist, liegen die Dinge relativ eindeutig, je näher man durch Falldarstellungen der konkreten Realität kommt, desto differenzierter, vielschichtiger und pragmatischer wird die Beurteilung.

12.2.2 Einstellungen zur Regelung des Schwangerschaftsabbruchs

Die gewünschten gesetzlichen Regelungen des Abbruchs sind Maßstab für die Verbreitung der Einstellungen in der Bevölkerung. In der folgenden Tabelle sind zwei Fragen zusammengefaßt; die nach der wünschenswerten gesetzlichen Regelung und die nach der gewußten oder vermuteten tatsächlichen.

[27]) Ob auch die möglichen negativen Konsequenzen dieser Zielsetzung wie Egozentrik, Isolierung und Einsamkeit erkannt werden, kann im Rahmen der Repräsentativerhebung nicht beurteilt werden.

Tabelle 1

Gewünschte und vermutete gesetzliche Regelung

	gewünscht in %	vermutet in %
überhaupt verboten	3,5	0,7
Nur bei Gefahr für Leben und Gesundheit der Mutter erlaubt	24,5	32,7
nur unter festgesetzten Voraussetzungen erlaubt	25,5	37,1
in den ersten drei Monaten erlaubt	35,9	22,1
ohne jede Einschränkung erlaubt	7,8	4,5
keine Antwort	2,8	2,3

N = 2510

12.2.2.1 Wünschenswerte Regelung

Nur wenige wünschen sich ein Gesetz, das den Abbruch völlig verbietet (4 %) oder völlig freigibt (8 %). Addiert man auf der einen Seite die konservativen Lösungen des völligen Verbots und der Beschränkung auf die medizinische Indikation (zusammen 28 %) und auf der anderen die gegenüber der jetzigen Regelung liberaleren der Fristenlösung und der völligen Freigabe (zusammen 44 %), so überwiegen deutlich die Stimmen für die liberalere Seite. Nur ein Viertel der Befragten entscheidet sich für eine Indikationsregelung, nach der ein Schwangerschaftsabbruch unter festgelegten Bedingungen erlaubt ist.

Insgesamt halten also mehr als zwei Drittel der Bevölkerung eine restriktive Regelung des Schwangerschaftsabbruchs für nicht wünschenswert.

Es besteht ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der konservativen Haltung und dem Votum für eine restriktivere Regelung; ebenso zwischen dem Wunsch nach liberaleren Regelungen und der Emanzipationsorientierung. Die pragmatische Einstellung läßt sich nicht eindeutig zuordnen; am meisten Affinität besteht zu der gesetzlichen Regelung, dem Abbruch nur unter bestimmten Voraussetzungen.

Eine ganze Reihe von Faktoren beeinflussen die Präferenz für restriktivere oder liberalere Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs.

Zu den wichtigsten Faktoren gehören die **Konfession** und die **Kirchenbindung.** Für die gegenüber der jetzigen Regelung restriktiveren Regelungen sind 32 % der Katholiken, 24 % der Protestanten und 12 % der Konfessionslosen; für die weitergefaßten Regelungen votieren 40 % der Katholiken; 48 % der Protestanten und 58 % der Konfessionslosen. Die Unterschiede zwischen Konfessionslosen auf der einen und Katholiken auf der anderen Seite sind groß. Trotz der Verurteilung des Schwangerschaftsabbruchs durch die kath. Kirche sind 40 % der Katholiken für die Fristenlösung und die völlige Freigabe des Abbruchs und nur 32 % für die restriktiveren Regelungen, d. h. rd. zwei Drittel der Katholiken stimmen der Indikationsregelung zu oder

sind sogar für eine weitere Liberalisierung. Die Konfessionszugehörigkeit allein bestimmt die Einstellung ihrer Anhänger offensichtlich weniger als die innere Bindung an die Kirche, die sich an der Häufigkeit des Kirchgangs messen läßt. 68 % derer, die wöchentlich einmal zur Kirche gehen (das sind 9 % der Gesamtbevölkerung), votieren für restriktivere Regelungen als gesetzlich vorgesehen sind; von denen, die nur selten oder nie zur Kirche gehen (68 %) sind nur 20 % dafür.

Ein zweiter wesentlicher Einflußfaktor ist die **Familienstruktur.** Entscheidend ist, ob schon Kinder vorhanden sind oder nicht. Für restriktivere Regelungen votieren nur 18 % der Befragten ohne Kinder, dagegen 32 % derjenigen mit Kindern; umgekehrt stimmen 53 % der Kinderlosen, aber nur 39 % der Eltern mit Kindern für weitergefaßte, d. h. über das Gesetz hinausgehende Regelungen. Nimmt man die Gruppe der Kinderreichen [28]), so sind 37 % für eine restriktivere Regelung, aber nur 30 % für eine liberalere als die geltende gesetzliche Regelung.

Fast ebenso wichtig ist die Frage der **Problemnähe,** die durch **Alter** und **Geschlecht** bestimmt ist: 32 % der Männer, 26 % der Frauen insgesamt aber nur 22 % der Frauen im gebärfähigen Alter stimmen für restriktivere Regelungen gegenüber 41 % der Männer, 46 % der Frauen insgesamt und 50 % der Gebärfähigen, die für weitergefaßte Regelungen eintreten. Wer das Kind austragen und in aller Regel auch aufziehen muß, ist am stärksten daran interessiert, selbst über die Schwangerschaft entscheiden zu können.

Rd. 25 % der Befragten unter 40 Jahren und 33 % derjenigen über 40 Jahren stimmen für restriktivere Regelungen, deutlicher macht sich der Altersunterschied bei dem Votum für die weitergehenden Regelungen bemerkbar: die 21- bis 30jährigen sind zu 49 % für Fristenlösung oder Freigabe, die über 50jährigen nur zu 38 %. Die unter 20jährigen stimmen in dieser Frage ähnlich wie die 31- bis 50jährigen zu rd. 43 % für liberalere Regelungen als den § 218 StGB.

Natürlich spielt auch der **Familienstand** eine Rolle: getrennt Lebende, Geschiedene, Verwitwete stimmen mit 21 %, Ledige mit 23 %, Verheiratete mit 30 % und alleinerziehende Mütter mit 32 % für eine Einschränkung der gesetzlichen Möglichkeiten; für eine Erweiterung stimmen mit großem Abstand am häufigsten die getrennt Lebenden und Geschiedenen (67 %), die alleinerziehenden Mütter (54 %), die Ledigen (50 %) und die Verheirateten (41 %).

Der Zusammenhang zwischen Ausbildungsstand und Einstellung zeigt deutlich den Einfluß der **sozialen Schicht.** 32 % der Hauptschüler ohne Lehre auf der einen Seite, aber nur 20 % der Universitätsabsolventen auf der anderen, stimmen für restriktivere Regelungen; umgekehrt votieren nur 38 % der Hauptschüler ohne Lehre gegenüber 57 % der Hochschulabsolventen für eine Liberalisierung.

[28]) Hier werden darunter Familien mit vier und mehr Kindern gefaßt

Die **Parteizugehörigkeit** ergibt ebenfalls Unterschiede: für eine Einschränkung der gesetzlichen Möglichkeiten (einschl. Verbot) stimmen die Wähler der CDU/CSU zu 31 %, der SPD zu 28 %, der FDP zu 20 %; Unentschiedene zu 31 %; für eine liberalere Regelung stimmen die Wähler der CDU/CSU zu 43 %, der SPD zu 46 %, der FDP zu 48 %, die Unentschiedenen zu 41 %. Auch hier gilt, ähnlich wie für die Konfession, daß die offiziellen Parteimeinungen durchaus nicht von allen Wählern der betreffenden Parteien geteilt werden.

Als Argumente gegen den Schwangerschaftsabbruch werden am häufigsten gesundheitliche Gründe angeführt. Man ist der Meinung, daß ein Schwangerschaftsabbruch die Gesundheit stark belastet; man fürchtet eine verstärkte Neigung zu Fehlgeburten und diversen Erkrankungen.

Auch negative seelische Auswirkungen werden befürchtet. Jüngere Frauen erleben dabei eher eine diffuse emotionale Bedrohung, ältere befürchten Gewissensbisse, Depressionen, Schuldgefühle [29]).

Die stärksten Ängste und heftigsten Einwände gegen den Abbruch bestehen jedoch dort, wo er in Zusammenhang mit der Bedrohung des Lebens, der Liebe und der Familie gesehen wird. Auch Menschen ohne besondere religiöse Bindung sorgen sich, daß die Freigabe des Abbruchs Leichtfertigkeit und Zügellosigkeit zur Folge haben könnte und eine Entromantisierung der zwischenmenschlichen Beziehungen. Man fürchtet den Zwang zur Sexualität, Austauschbarkeit des Partners und Bindungslosigkeit. Ansichten wie „das wird dann zu einem Freibrief für die Liebe" oder „die Mädchen werden zu Flittchen, weil sie keinen Grund mehr haben, sich zu verweigern", werden geäußert.

Viele fragen auch, wieweit es richtig ist, sich Schwierigkeiten und Belastungen entziehen zu wollen. Man hat das Gefühl, daß Leiden und Schmerz zum Leben gehören, daß man an Konflikten wächst, aus Leiden Kraft bezieht. Manche Frauen haben auch das Gefühl, mit dem Embryo sich selbst wegzuwerfen, mit dem Abbruch das eigene Leben zu bedrohen.

Wesentlich ist die Partnerbeziehung: Einige Frauen betrachten die Schwangerschaft als Machtmittel, mit dem man den Partner an sich binden kann. Für andere ist sie Erfüllung der Zweierbeziehung; bei ihnen würde ein Schwangerschaftsabbruch die partnerschaftliche Beziehung und den familiären Zusammenhalt entscheidend bedrohen.

12.2.2.2 Argumente für den Schwangerschaftsabbruch

Die Argumente für den Schwangerschaftsabbruch beziehen sich zunächst auf die Mängel der Empfängnisverhütung. Als Probleme der Empfängnisverhütung werden gesehen:

[29]) Vgl. hierzu Kapitel 7.4: Psychische Folgen des Schwangerschaftsabbruchs.

Tabelle 2

Probleme der Empfängnisverhütung

	Angabe in %
Nicht alle Methoden sind völlig sicher . .	63,9
Viele Leute sind über Empfängnisverhütung nicht richtig aufgeklärt	59,7
Empfängnisverhütung wird nicht konsequent genug angewendet	50,4
Viele halten Empfängnisverhütung für unnatürlich und gesundheitsschädlich .	31,2
Es ist unangenehm, ständig an so etwas denken zu müssen	19,7
Empfängnisverhütung ist moralisch nicht zu verantworten	4,9

(Mehrfachnennungen waren möglich) N = 2510

Die Unsicherheit der Methoden, der Mangel an Aufklärung und der Mangel an Konsequenz bei der Anwendung sind für die Befragten die Hauptschwierigkeiten bei der Empfängnisverhütung. In den Diskussionen äußern Frauen oft, daß man sich in diesem Bereich auf die Männer nicht verlassen könne. Diese beriefen sich auf die Störbarkeit ihrer Erlebnisfähigkeit durch Verhütungsmaßnahmen und überließen der Frau die Verantwortung. Dies wird auch durch Untersuchungen zum kontrazeptiven Verhalten bestätigt. Zwei Drittel der Frauen übernehmen die Last der Empfängnisverhütung allein. Männer übernehmen dagegen nur selten die alleinige Verantwortung, sie sind bestenfalls an der Empfängnisverhütung beteiligt [30]).

Sehr intensiv beschäftigt die Befragten das Schicksal unerwünschter Kinder, das darin bestehe, herumgestoßen, verlassen, in Heime abgeschoben und mißhandelt zu werden. Unter solchen Umständen erscheint vielen der Schwangerschaftsabbruch als der humanere Weg. Die Befragten fühlen sich mit großer Intensität in das Ungeliebtsein und die Benachteiligung ein. Eine sagt: „Ich war ein Versehen. Meine Eltern haben mich nie gewollt. Meine Mutter hat mich nie geliebt. Da kann sie nichts dafür. Aber ich wünsche mir, sie hätte lieber abgetrieben. Für mich wär's besser gewesen. Jetzt muß ich einfach leben, weil ich schon ‚mal da bin'. Aber darüber komm ich nicht mehr weg."

Ein weiterer, sehr wesentlicher Aspekt vor allem für Unterschichtsangehörige ist die Bedrohung der Familie durch weitere Kinder, die die Mutter physisch oder psychisch überlasten: „Hätt' ich den Jungen bekommen, wäre es auf Kosten meiner Tochter gegangen. Ich hätte die Geduld nicht mehr aufgebracht." Auch wirtschaftliche Erwägungen spielen eine Rolle: „Ein Esser mehr, und es reicht hinten und vorn nicht. Da müssen alle anderen dafür bluten, und die Kinder kriegen keine gescheite Ausbildung. Und die lernen dann keinen Beruf, und dann muß vielleicht die Frau noch in die Arbeit gehen, dann ist im Haus keine da, und die kommen von der Schule weg."

[30]) Oeter, a.a.O.; vgl. dazu auch Kapitel 8.3.2.

Vor allem bei jungen Mädchen ist der Gedanke, ein uneheliches Kind zu bekommen, oft mit Angst verbunden: „Das wäre das Schlimmste, was ich meiner Mutter antun könnte." Viele haben das Gefühl, selbst noch unfertig zu sein; auch die Heirat mit dem Vater des Kindes ist dann kein befriedigender Ausweg. Man meint auch, daß manche Männer negativ auf die Schwangerschaft ihrer Partnerin reagieren, sie machen ihr daraus einen Vorwurf oder fühlen sich hereingelegt, insbesondere, wenn die Partnerschaft ohnehin schon in einer kritischen Phase war. Schließlich stellt die Schwangerschaft eine Bedrohung für das Eigenleben der Frau dar, vor allem unter dem Aspekt ihrer Selbständigkeit und Selbstverwirklichung im Beruf. Nach wie vor ist die Doppelbelastung des gleichzeitig Mutter- und Berufstätigseins erheblich.

12.2.2.3 Argumentationsunterschiede zwischen Männern und Frauen

Es gibt einige charakteristische Unterschiede in der Argumentation bei Männern und Frauen. Während sich die Frauen überwiegend an konkreten Erfahrungen und individuellen Schicksalen orientieren und immer weitere Differenzierungen vornehmen, suchen die Männer eher nach Allgemeingültigem und neigen mehr zu einer abstrahierenden Problembehandlung. Man macht historische Rückgriffe: „Seit dem Dritten Reich hat sich das etwas aufgeweicht", und gesellschaftliche Vergleiche: „Mit der fortschreitenden Liberalisierung mußte das ja auch bei uns einmal kommen; in anderen demokratischen Ländern ist die Abtreibung viel eher schon erlaubt." Man sorgt sich um die Produktivkraft in der Bevölkerung und fürchtet durch den Paragraphen 218 eine negative Auslese. Am heftigsten aber ist die Angst vor einem sittlichen Verfall: „Wir leben in einer Wegwerfgesellschaft. Heute wirft man den Embryo weg, dann kommt wieder die Euthanasie, da sind doch keine Grenzen mehr. Wir versuchen, das Unangenehme in unserer Gesellschaft einfach wegzuschieben." Es gibt auch Schichtunterschiede: Die Männer der sozialen Grundschicht argumentieren ähnlich wie die Frauen praxisbezogen.

Bei vielen löst das Thema Unbehagen, Peinlichkeit oder Angst aus. Sie verbinden den Schwangerschaftsabbruch mit mehr oder weniger bedrohlichen Vorstellungen von der Emanzipation und der sexuellen Verselbständigung der Frau und fühlen sich in ihren eigenen Funktionen, ihrer eigenen Geschlechtsrolle verunsichert. „Wenn die Frauen machen können, was sie wollen, dann weiß man gar nicht mehr, ob man der Vater ist, und dann kann man zu dem Kind auch nicht so den Bezug kriegen." Und ein anderer drückt die Angst vor der Eigenmächtigkeit der Frau und der eigenen Ohnmacht so aus: „Wenn ich eine Frau liebe und von ihr ein Kind haben möchte, kann sie doch nicht hingehen und das Kind von mir wegmachen." Sie fürchten nicht zuletzt auch, daß die Frauen promiskuitiv werden, den Mann zum Werkzeug degradieren, ihn unter sexuellen Leistungsdruck setzen. Man sieht einen Widerspruch darin, daß sowohl der Schwangerschaftsabbruch als auch die Kindesmißhandlung strafbar sind. Die Zukunft ungewollter Kinder nimmt bei den Männern ähnlich viel Raum ein wie bei den Frauen, und es wird auch das Bedürfnis deutlich, Frauen gegenüber einer aggressiven und diskriminie-

renden Umwelt in Schutz zu nehmen: „Aber was die Kirche bei den Frauen anrichtet . . . man muß heute als Frau robust sein, um das durchzustehen und vor allem, um sich da noch durchzusetzen."

Auch den Männern machen medizinische, eugenische und kriminelle Indikationen weniger Denkschwierigkeiten. Man ist bereit, einer Frau mit drei Kindern, die durch ein weiteres Kind überlastet wäre, den Eingriff zuzugestehen, und zeigt auch Verständnis für junge Mädchen, da man die Schuld und Verantwortung in solchen Fällen stärker beim Mann sieht. Die Notlage-Indikation setzen viele Männer jedoch mit einer extremen Notlage gleich, die sie für sich ausschließen wollen. Das Eingeständnis einer solch katastrophalen Not würde man als persönliches Versagen und Bankrotterklärung der eigenen Leistungsfähigkeit empfinden. Es ist eine Prestigefrage, diese Indikation nicht in Anspruch nehmen zu müssen. Die Frage nach Schuld und Bestrafung spielt für die Männer eine größere Rolle als für die Frauen, um so mehr, als es ihnen oft auch darum geht, einer bedrohlichen Entwicklung Schranken zu setzen und die Steuerung durch vernünftige, gerechte und allgemeinverbindliche Maßnahmen in der Hand zu halten.

Immerhin sehen die meisten Befragten im Kinderkriegen bzw. im Schwangerschaftsabbruch eine gemeinsame Verantwortung von Mann und Frau. 54 % meinen, daß über Austragen oder Abbruch das beteiligte Paar entscheiden sollte, 22 % meinen, das sollte die Frau allein tun und nur 17 % sprechen die Entscheidungsbefugnis dem Arzt zu.

12.2.3 Kenntnis des Gesetzes und Einstellungen dazu

12.2.3.1 Informationsstand

Es besteht ein erheblicher Informationsmangel in der Bevölkerung. Nur 23 % der Befragten geben an, über das Gesetz informiert zu sein, 66 % meinen, nur teilweise Bescheid zu wissen. In den Diskussionen konnten zwar alle Teilnehmer den § 218 der Frage des Schwangerschaftsabbruchs zuordnen, viele äußerten sich aber so, als würde das Gesetz demnächst erlassen, als stünde eine endgültige Entscheidung über Fristen- oder Indikationslösung noch aus.

Direkt nach dem Inhalt des Gesetzes befragt, meinen weniger als 1 %, der Abbruch sei völlig verboten, 33 % er sei nur erlaubt bei einer Gefahr für die Gesundheit oder das Leben der Mutter, 37 %, benennen die gesetzliche Regelung, nämlich daß der Abbruch unter festgesetzten Voraussetzungen erlaubt ist, 22 % halten ihn überhaupt in den ersten drei Monaten für erlaubt, und rd. 2 % meinen, er sei völlig freigegeben [31]). Ein gewisser Informationsmangel war zu erwarten. Daß er so groß ist, hängt wahrscheinlich mit einer Reihe verschiedener Gründe zusammen. Zunächst einmal ist das Thema noch immer tabuisiert, man beschäftigt sich nicht gern damit. Zum andern dürfte die Distanz zwischen einem sehr privaten Bereich und einer gesetzlichen Regelung beträchtlich, bis zu einem gewissen Grad unüberbrückbar sein. Darüber hinaus sind die eigenen Wünsche und die gesetzliche Wirklichkeit für viele sicher diskrepant; das gilt sowohl für die konservativ als auch für die emanzipatorisch Orientierten.

In den Diskussionen ist man sich recht unschlüssig darüber, wieweit es überhaupt sinnvoll ist, derart private Entscheidungen starren Gesetzen zu überantworten. Andererseits möchte man eine so wichtige Entscheidung auch nicht völlig der „persönlichen Willkür" überlassen. Man zweifelt daran, daß der Gesetzgeber primär den Interessen und Notwendigkeiten der Frau Rechnung getragen hat und vermutet im Hintergrund wirtschaftliche bzw. parteipolitische oder auch gesellschaftspolitische Zielsetzungen. Je stärker man aber das Gesetz im Dienste der Interessen anderer sieht, desto mehr fühlt man sich enttäuscht, befremdet oder nicht persönlich betroffen. Man hat das Gefühl, daß es das eigene Leben nicht angeht und mag es weder anwenden, noch auch nur zur Kenntnis nehmen. Begrüßt wird der § 218, weil durch ihn der Illegalität ein Ende gesetzt wird und der Schwangerschaftsabbruch nicht mehr als eine kriminelle Handlung angesehen werden muß. Neben der strafrechtlichen und moralischen Entlastung und der Verbesserung der medizinischen Versorgung wird auch die finanzielle Erleichterung durch den neuen Paragraphen berücksichtigt.

Das neue Gesetz ist gut, weil es den sozial Schwächeren zu Hilfe kommt. Das Problem scheint aber dort zu entstehen, wo keiner zu dieser sozial schwachen Schicht gehören möchte. Alle sprechen davon, daß das Gesetz für Ärmere gut sei – die Armen sind jedoch selbst für Befragte, die ohne Zweifel auch in wirtschaftlicher Hinsicht der Unterschicht zuzurechnen sind, in aller Regel „die anderen".

In der repräsentativen Bevölkerungsumfrage bewegen sich die Vermutungen über die tatsächliche gesetzliche Regelung weniger in den Extrembereichen als die Wünsche: 4 % wünschen sich ein völliges Verbot des Abbruchs, nur rd. 1 % glauben aber, daß dies gegeben ist; 8 % wünschen sich die völlige Freigabe, 5 % halten sie für gegeben. Insgesamt hält man das Gesetz für restriktiver als wünschbar wäre, für restriktiver auch, als es in Wirklichkeit ist.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, wie die Befragten ihre Umgebung einschätzen. Nach dieser Einschätzung sind in der Gesamtbevölkerung 50 % eher für den Abbruch, im eigenen Bekanntenkreis sogar 57 %, in der eigenen Familie jedoch nur 47 %. Da rd. zwei Drittel der Bevölkerung einer liberalen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs den Vorzug geben würden, sehen offenbar viele ihre Umwelt restriktiver als sich selbst und kommen so im Fall eines gewünschten Abbruchs in eine Außenseiterposition, entwickeln Diskriminierungsängste, die größer sind als real notwendig wäre.

12.2.3.2 Einstellungen zu den verschiedenen Indikationen

Die bisher dargestellten Ergebnisse werden bei der Frage nach der Einstellung zu verschiedenen Indikationsmöglichkeiten weiter verdeutlicht.

In Tabelle 3 werden verschiedene Indikationsbereiche in der Reihenfolge aufgeführt, in der die Toleranz gegenüber einem möglichen Abbruch abnimmt; am Anfang der Skala finden die genannten Gründe für

[31]) Die tatsächliche Kenntnis des Gesetzes ist also größer als die eigene Einschätzung der Betroffenen über ihre Kenntnis.

den Abbruch also am meisten Zustimmung, am Ende am wenigsten [32]).

Tabelle 3

Einstellung zu den Indikationen

Indikationsbereich Der Schwangerschaftsabbruch sollte erlaubt sein:	persönlicher Wunsch in %	Meinung über gesetzliche Regelung in %
wenn Gesundheit oder Leben der Mutter durch Schwangerschaft gefährdet wären	98	96
wenn die Gefahr besteht, daß das Kind geistig oder körperlich geschädigt zur Welt kommt	94	74
wenn das Kind bei einer Vergewaltigung gezeugt wurde	91	68
wenn die Mutter noch ein sehr junges lediges Mädchen ist, das noch nicht auf eigenen Füßen steht	68	26
wenn die Frau aufgrund einer seelischen Notlage sich nicht um ein Kind kümmern kann	68	24
wenn dieses weitere Kind die Kräfte der Hausfrau und Mutter überfordert	59	15
wenn das Kind von der Mutter überhaupt nicht gewünscht wird	58	8
wenn die Mutter arbeiten muß und sich um ihr Kind nicht genügend kümmern kann	47	9
wenn die Frau lieber berufstätig und unabhängig sein möchte	30	4
wenn die Eltern wegen eines weiteren Kindes auf bestimmte Dinge verzichten müssen (z.B. Eigentum, Auto usw.)	17	3

Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich, daß die Reihenfolge der Indikationen, die man persönlich tolerieren kann, parallel läuft mit der Reihenfolge dessen, was man für legal gedeckt hält. Allerdings liegt die vermutete gesetzliche Regelung weit unter dem, was man selbst wünschen und dulden würde. Die meisten glauben, daß gesetzlich nur die medizinische, eugenische und ethische Indikation erlaubt sind.

[32]) Die Toleranz gegenüber bestimmten Indikationen nimmt in der in der Skala dargestellten Reihenfolge zu, und wer eine bestimmte Indikation akzeptiert, z. B. die 7. der Skala (wenn das Kind nicht gewünscht wird), akzeptiert auch die darüber liegenden Indikationen 1 bis 6.

Von den einzelnen Indikationen ist die medizinische am wenigsten umstritten, den Abbruch bei Gefahr für Leben und Gesundheit der Mutter akzeptieren die Befragten fast einstimmig. Kaum weniger Zustimmung finden die eugenische (Gefahr der geistigen oder körperlichen Schädigung des Kindes) und die ethische (Vergewaltigung) Indikation. Allerdings halten weniger Befragte diesen Fall für gesetzlich abgedeckt. Die private Toleranzgrenze ist bei der Notlage-Indikation noch relativ hoch, wenn es sich um körperliche oder seelische Überforderung der Mutter handelt, überraschenderweise auch, wenn das Kind überhaupt nicht gewünscht wird. Sehr geringes Verständnis finden jedoch Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch anstreben, weil sie lieber berufstätig und unabhängig sein möchten, und vor allem Eltern, denen Konsumwünsche wichtiger sind als weitere Kinder. Nur sehr wenige der Befragten halten einen Abbruch aus diesen Gründen für gesetzlich gedeckt.

12.2.4 Erfahrungen mit Schwangerschaftsabbrüchen

Es war nicht zu erwarten, daß bei einer Befragung viele Frauen einen eigenen Abbruch zugeben würden. Immerhin antworteten 14 % der Frauen auf die vorsichtige Formulierung „Hatten Sie persönlich schon einmal eine Fehlgeburt oder einen Schwangerschaftsabbruch?" mit „ja". Erfolgversprechender war die Frage nach Bekannten mit dieser Erfahrung.

Tabelle 4

Vorerfahrung mit dem Schwangerschaftsabbruch

	Angabe in %
kenne Leute, die daran gedacht haben...	26,2
kenne Leute, die einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommen haben ...	25,6
weder – noch	41,5
keine Angabe......................	6,7

N = 2510

Etwa die Hälfte der Befragten ist mit dem Problem zumindest im Bekanntenkreis in Berührung gekommen. 17 % gaben an, eine Frau zu kennen, die schon einmal einen Antrag auf einen Schwangerschaftsabbruch gestellt hat; der Anteil derjenigen Bekannten, die einen Abbruch im Ausland durchführen ließen, liegt mit 24 % höher. Das mag daran liegen, daß es Frauen bereits möglich war, relativ problemlos einen Schwangerschaftsabbruch im Ausland zu erreichen, als die Möglichkeit dazu in der Bundesrepublik Deutschland noch auf die medizinische Indikation beschränkt und durch ein Gutachter-Verfahren erschwert war. Es gibt auch einige Anzeichen dafür, daß der Weg ins Ausland von vielen der Prozedur der Beratung und Indikationsstellung in der Bundesrepublik Deutschland vorgezogen wird. Auf die Frage, wie das Verfahren jeweils erlebt wurde, zeigen sich ganz erhebliche Unterschiede zwischen Inlands- und Auslandserfahrungen. Von den Frauen, die selbst oder

deren Bekannte Erfahrungen mit dem Abbruch im Inland gemacht haben, berichten 56 %, daß die Indikationsstellung, 47 %, daß der Abbruch als problematisch erlebt worden sei. Von denen, die ins Ausland fuhren, haben demgegenüber nur 29 % schlechte Erfahrungen gemacht [32a]). Der operative Eingriff belastet Frauen offenbar weniger als das Beratungs- und Indikationsverfahren mit dem Zwang, sich moralisch rechtfertigen und durchsetzen zu müssen, und auch weniger als die Notwendigkeit, ein längeres Verfahren durchlaufen zu müssen.

Auch in den Diskussionen war vielfach die Meinung zu hören, daß man „von Hinz zu Kunz rennen muß", bis eine Entscheidung zustande kommt, daß man einen „Spießrutenlauf machen muß", daß man sich rechtfertigen, sich demütigen lassen und einer beschämenden „Ausfragerei" aussetzen muß, daß manche Stelle die Sache mit Absicht hinauszögert, bis es vielleicht schon zu spät ist, und daß manche Ärzte die Frauen „bearbeiten und richtig fertig machen".

Sicher sind solche Äußerungen Ausdruck diffuser Ängste, sie dürften aber auch auf Erlebnisse beim Verfahren zurückzuführen sein. In der qualitativen Erhebung werden zum Teil lange Leidenswege durch die Institutionen, die Konfrontation mit rigiden Vorschriften und wenig verständnisvolle menschliche Begegnungen geschildert [33]).

12.2.5 Reaktionen im Falle der eigenen Betroffenheit

Die Beantwortung der Frage, wie man im Falle einer ungeplanten Schwangerschaft reagieren würde, kann nur bedingt über das tatsächliche Verhalten Auskunft geben.

Tabelle 5

Reaktion im Falle eigener Betroffenheit

	%
Ich wäre auf jeden Fall dafür, das Kind zu bekommen. Schwangerschaftsabbruch, ob legal oder nicht, käme für uns nicht in Frage	37,4
Ich würde zwar einen legalen Schwangerschaftsabbruch beantragen, aber wenn er abgelehnt wird, wäre ich dafür, das Kind zu bekommen	21
Ich würde zunächst einen legalen Abbruch beantragen, und wenn er abgelehnt wird, muß man halt etwas mehr Geld bezahlen und eine andere Lösung suchen	18,5
Ich würde einen legalen Abbruch erst gar nicht beantragen, sondern gleich einen Arzt suchen oder ins Ausland fahren	16,5
Weiß nicht, keine Angaben	6,6

Nach diesen Angaben würden sich immerhin 37 % der Befragten spontan für das Austragen entscheiden (erheblich mehr, als für restriktive gesetzliche Regelungen votiert haben: 28 %, s. Tabelle 2) und weitere 21 % würden sich eventuell dazu bewegen lassen. Auf der anderen Seite gibt es eine sehr eindeutig entschlossene Gruppe von insgesamt 36 % der Befragten, die teils mit (19 %), teils ohne Versuch, das legale Procedere in der Bundesrepublik zu absolvieren (17 %), einen Abbruch durchsetzen würden, ohne sich in ihrem Entschluß durch eine Ablehnung der Indikationsstellung beeinflussen zu lassen. Rechnet man die beiden Gruppen zusammen, die überhaupt einen legalen Abbruch beantragen würden, kommt man auf 40 % der Befragten. Etwa die Hälfte davon gibt an, eine Ablehnung gegebenenfalls zu akzeptieren, zu einer Umstimmung also bereit zu sein.

Beachtet man, daß einerseits hiermit auch jene berücksichtigt sind, für die sich die Notwendigkeit einer solchen Entscheidung nicht stellt (Männern, Frauen jenseits gebärfähigem Alter), und daß diese verstärkt einer konservativen Grundeinstellung zugeordnet werden können, daß andererseits konkrete Entscheidungsprozesse zu anderen als den angekündigten Ergebnissen führen können, so steht dieses Ergebnis in Übereinstimmung mit den Angaben der Beratungsstellen über 10 bis 20 % ambivalente Frauen [34]).

Die Grundeinstellungen beeinflussen die Angaben, wie man im Falle eigener Betroffenheit handeln würde, stark. Wer Bedenken gegenüber der Freigabe des Abbruchs und eine auf Mutterschaft zentrierte Rollenvorstellung der Frau hat, also ‚konservativ' ist, gibt an, eine eventuelle Schwangerschaft bestehen lassen zu wollen. Es sind dies zugleich die Menschen, die höheres Vertrauen zu Ärzten und zu den klassischen Institutionen der Sozialarbeit – Gesundheitsamt, Jugendamt, Familienfürsorge – bekunden und sich eher einen direktiven Beratungsansatz wünschen. Ähnliches gilt für diejenigen Befragten, die angeben, einen legalen Abbruch zwar beantragen zu wollen, die einen ablehnenden Bescheid aber akzeptieren würden.

Wer dagegen die Ablehnung eines Antrages in der Bundesrepublik Deutschland nicht akzeptiert oder direkt ins Ausland fährt, ist emanzipatorisch oder pragmatisch orientiert, lehnt entscheidungsmodifizierende Beratung ab, befürchtet eher Diskriminierung und hält weitgehende Notlage-Indikationen für akzeptabel.

Die einzelnen Gruppen sehen in dieser Frage recht ähnlich aus wie bei der Frage nach den gewünschten gesetzlichen Regelungen. Von Einfluß ist die **Konfessionszugehörigkeit.** 42 % der Katholiken, 39 % der Protestanten und 29 % der Konfessionslosen geben an, sich gegebenenfalls für das Austragen des Kindes zu entscheiden. Umgekehrt würden den illegalen Weg zu einem Arzt, der den Abbruch durchführt, oder ins Ausland 16 % der Katholiken, 17 % der Protestanten und 24 % der Konfessionslosen direkt einschlagen.

Bei den 21 % der Gesamtbevölkerung, die angeben, ihre Entscheidung eventuell beeinflussen zu lassen, sind die Katholiken mit 26 % nur leicht überrepräsentiert; die Protestanten sind mit 21 % vertreten und die Konfessionslosen mit 12 %. Größere Bedeutung als die Konfessionszugehörigkeit hat auch in dieser Frage die

[32a]) Vgl. dazu auch Oeter, a.a.O.

[33]) Vgl. dazu die Kapitel 4 und 9, besonders Kapitel 4.3.6.4 und 9.4.

[34]) Vgl. dazu Kapitel 4.3.5 und 4.4.5.4 sowie Kapitel 9.4.4.

Kirchenbindung. 70 % der Kirchgänger geben an, sich für das Austragen entscheiden zu wollen, aber nur 31 % derer, die selten oder nie zur Kirche gehen; umgekehrt würden nur 5 % derjenigen, die wöchentlich einmal zur Kirche gehen, ins Ausland fahren gegenüber 23 % derer, die selten oder nie zur Kirche gehen.

Die **Kinderzahl** ist von entscheidender Bedeutung. Kinderlose würden sich nur zu 29 % für das Austragen entscheiden, Befragte mit Kindern zu 45 %, Kinderreiche zu 61 %. Neben der Kinderzahl ist die Stabilität der Partnerschaft, grob gemessen am **Familienstand,** wichtig: 43 % der Verheirateten, 32 % der Ledigen und nur 25 % der Geschiedenen, getrennt Lebenden oder Verwitweten geben an, sich im Falle eigenen Betroffenseins für das Austragen zu entscheiden.

Die alleinerziehenden Mütter würden sich nach eigener Angabe zu 40 % für das Austragen der Schwangerschaft entscheiden. Auch **Alter** und **Geschlecht** spielen eine gewisse Rolle; 33 % der unter 30jährigen und 44 % der über 30jährigen geben an, sich für das Austragen entscheiden zu wollen, 43 % der Männer und 39 % der Frauen würden generell dafür plädieren. Die Frauen im gebärfähigen Alter (von 16 bis 44 Jahren) sind allerdings nur zu 33 % dafür. Wer dem Problem am nächsten steht, hält sich also am ehesten zurück.

Auch die **soziale Schicht** spielt eine Rolle: Hauptschüler ohne Lehre geben am häufigsten an, sich für das Austragen entscheiden zu wollen (46 %), Universitätsabsolventen (36 %) am seltensten.

Die Bereitschaft, ein Kind auszutragen, nimmt mit der **Größe des Wohnorts** etwas ab: in den Orten unter 5000 Einwohnern geben 44 % an, austragen zu wollen, in denen über 100 000 36 %.

12.2.6 Kenntnis des gesetzlich vorgeschriebenen Verfahrens und Einstellung dazu

Gemessen am geringen Informationsstand über das Gesetz selbst, ist die Kenntnis des vorgeschriebenen Verfahrens eher groß. 42 % der Befragten entscheiden sich für die richtige Lösung, nämlich daß die Frau sich beraten lassen, ein Arzt die Indikation stellen und ein zweiter den Abbruch durchführen muß, 26 % meinen, man müsse sich vor einer Ärztekommission rechtfertigen, 15 % meinen, man müsse sich von einem Arzt seines Vertrauens beraten lassen, dieser überweise einen dann an einen anderen, der den Abbruch durchführt, und 12 % meinen, man müsse zunächst zu einer Beratungsstelle gehen, wo man sich aussprechen kann, dort könne man dann auf Wunsch Adressen von Ärzten bekommen, die den Abbruch durchführen.

Obwohl das Verfahren offenbar für viele nicht durchsichtig ist, kann man annehmen, daß die meisten Frauen in etwa zurechtkommen.

12.2.6.1 Bevorzugte Institutionen

Gibt man eine Reihe von Institutionen vor, an die sich eine Frau in einer Schwangerschaftskonfliktsituation wenden könnte und gliedert sie danach, ob sie empfehlenswert erscheinen oder nicht, ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 6

Empfehlenswerte Institutionen

Institution	zu empfehlen %	weiß nicht %	abraten %
Frauenarzt	90,3	6,5	5
Hausarzt	69,8	16,2	14
Schwangerschaftsberatung, z. B. Pro-Familia	67,5	22,4	10,1
Gesundheitsamt	45,5	24,5	30
Familienfürsorge	35,7	24,1	40,3
Frauengruppe	29,9	36,1	38
Spezialklinik im Ausland	25	31,4	43,6
Jugendamt	19,7	27	53,3
Pfarrer	8,2	27,4	65,4

N = 2510

Mit Abstand am häufigsten wird der Frauenarzt genannt, erst dann erfolgt die Nennung des Hausarztes. Der medizinische Aspekt, und hier besonders das Spezialwissen, scheinen für die Befragten zunächst im Vordergrund zu stehen.

Ähnliches ergab sich bei der qualitativen Erhebung. Der Arzt ist diejenige Bezugsperson und Anlaufstelle, die am klarsten mit dem Schwangerschaftsabbruch in Zusammenhang gebracht und als Zuständiger erkannt werden kann.

Während man jedoch bei der medizinischen Indikation die ärztliche Kompetenz ausdrücklich wünscht, stellt man sie bei einer Notlage-Indikation häufig in Frage. Man meint, daß die Ärzte weder über die Zeit noch über die Voraussetzungen verfügen, „über die persönlichen und sozialen Verhältnisse eines Menschen zu urteilen". Ebenso würden nur 17 % ihm die Entscheidung über das Vorliegen einer Indikation zugestehen wollen.

Mit 68 % der Plusstimmen folgt dicht hinter dem Hausarzt die Schwangerschaftsberatungsstelle, ebenfalls eine Spezialinstitution, von der die Befragten wohl erwarten, daß sie gezielte Hilfe leisten kann.

Danach kommen mit erheblichem Abstand die Ämter: Gesundheitsamt, Familienfürsorge, Jugendamt. Bei allen dreien, am meisten beim Jugendamt, fällt der hohe Anteil an Negativstimmen auf. Diese Institutionen erwecken offenbar stark ambivalente Gefühle; der Öffentlichkeits- und Autoritätscharakter eines Amtes wirkt abschreckend. Dieselbe Ambivalenz läßt sich allerdings auch gegenüber Frauengruppen und Spezialkliniken im Ausland beobachten. Hier spielt möglicherweise der umgekehrte Effekt eine Rolle: man möchte nicht allzu progressiv sein, sich nicht allzu weit vom Bekannten entfernen. Ganz am Ende der Liste

potentieller Gesprächspartner steht der Pfarrer. Er bekommt 65 % der Negativstimmen: es wird nicht für empfehlenswert gehalten, sich in dieser Sache an ihn zu wenden [35]).

Ein Vergleich der Frauen, die bereits Vorerfahrungen gemacht haben, mit den anderen ergibt keine Unterschiede – ein Indikator dafür, daß sich die Einschätzung der einzelnen Institutionen mit den tatsächlichen Erfahrungen in etwa decken könnte. Faßt man diese Ergebnisse zusammen, ergeben sich drei Grundtendenzen [36]):

Die erste Kombination verbindet das Gesundheitsamt, die Familienfürsorge, das Jugendamt und den Pfarrer. Offensichtlich steht hier der Autoritätscharakter dieser Institutionen im Vordergrund. Die zweite Kombination umfaßt den medizinischen Bereich: Gesundheitsamt, Hausarzt und Frauenarzt. Das Gesundheitsamt erscheint hier weniger in seiner Eigenschaft als Amt als vielmehr in seiner Eigenschaft als medizinische Versorgungseinrichtung.

[35]) Wieweit diese Tabelle eine Rangreihe der tatsächlich aufgesuchten Institutionen darstellt, läßt sich hier nicht entscheiden.

[36]) Faktorenanalytisch gewonnene Gruppen, s. o.

Schließlich werden in der dritten Kombination Spezialkliniken im Ausland und Frauengruppen zusammen genannt; es sind die unabhängigen Lösungen, die hier angestrebt werden.

Die Schwangerschaftskonfliktberatung durch freie Träger, speziell Pro Familia, tritt in diesen Kombinationen nicht auf, d. h. sie wird mit keiner der vorher genannten Institutionen zusammen gesehen; sie bildet eine Kategorie für sich, scheint daher allgemein akzeptabel zu sein. Bezieht man diese Ergebnisse auf die eingangs definierten Grundeinstellungen zurück, so ergibt sich ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der konservativen Orientierung und der Amtsautorität; wer sich an die Behörde wendet, erwartet auch vom Berater am ehesten eine direktive Beratung. Die Beziehung zwischen der emanzipatorischen und der pragmatischen Orientierung und den anderen institutionellen Möglichkeiten ist nicht so eindeutig. Eine gewisse Affinität besteht zwischen der Emanzipationsorientierung und dem Weg zu Frauengruppen oder ins Ausland, sie ist jedoch nicht sehr ausgeprägt.

12.2.6.2 Erwartungen an das Verfahren

In der folgenden Tabelle werden die Erwartungen an das Verfahren inhaltlich aufgeführt:

Tabelle 7

Erwartungen an das Verfahren

[2])	Bevölkerungs-durchschnitt in %	Frauen mit Abbruchser-fahrung [1]) in %	Frauen ohne Abbruchser-fahrung [1]) in %
Man wird von Fachleuten über die möglichen Folgen eines Schwangerschaftsabbruches richtig informiert und aufgeklärt	67,5	77,8	76,8
Man wird gesundheitlich gut versorgt	60,2	70,8	59,6
Das Verfahren ist zu umständlich und bürokratisch	57,6	65,3	65,7
Man wird auf mögliche finanzielle Hilfen hingewiesen (Wohngeld, Darlehen usw.)	56,8	65,3	69,7
Man hat in dieser Situation Hemmungen und schämt sich, zu fremden Menschen zu gehen	56,3	59,7	62,2
Man ist einem peinlichem Kreuzverhör ausgeliefert, man darf nichts Falsches sagen, muß vielleicht sogar schwindeln	52,6	58,3	66,2
Die Frauen sind der Willkür von Ärzten und Beratern ausgesetzt. Solche privaten Angelegenheiten können Fremde nicht beurteilen	45,2	66,7	54,5
Der § 218 ist nur ein Gesetz für arme Leute. Wer es sich leisten kann, sollte sich diese Prozedur ersparen	36,3	48,6	42,1
Man stößt auf Ablehnung und Feindseligkeiten, und u. U. kann man keine Stelle zur Ausführung eines Schwangerschaftsabbruches ausfindig machen	40,1	55,6	49,8
Wenn man so etwas offiziell angeben muß, kommt es heraus und man wird von den Leuten schlecht angesehen	40,2	23,6	45,5
Man findet auf diese Weise menschliches Verständnis und Hilfe	35,3	34,7	24,9
Es ist richtig, daß die Frauen nicht machen können, was sie wollen; eine gewisse Beaufsichtigung muß sein	46,4	43,3	49,1
Man wird solange hingehalten, bis es zu spät ist	25,1	44,4	23,6
Man bekommt eine Strafpredigt gehalten und muß sich moralisch rechtfertigen	23,7	38,9	30,3
Man wird von den Ärzten schlecht angesehen und versorgt	13,6	12,5	20,2
	N = 2510	n = 219	n = 114

[1]) Differenziert nach der Frage: „Hatten Sie persönlich schon einmal eine Fehlgeburt oder einen Schwangerschaftsabbruch?"

[2]) Die Prozentzahlen sind jeweils Additionen der ersten beiden Skalenwerte: „stimme ohne Einschränkung zu" und „stimme überwiegend zu".

An der Spitze stehen vertrauensvolle Erwartungen über das Angebot an Informationen und gesundheitlicher Versorgung, danach folgt jedoch direkt die Vermutung, daß das Verfahren zu umständlich und bürokratisch sei. An 5. und 6. Stelle werden Hemmungen und Scham aufgeführt und die Befürchtung, in ein peinliches Kreuzverhör zu geraten. Ganz am Ende der Reihe stehen negative Vermutungen wie die, daß man hingehalten werde, bis es zu spät sei, daß man sich moralisch rechtfertigen müsse und daß man von den Ärzten schlecht angesehen und nicht so gut versorgt werde. Immerhin liegen auch diese Vermutungen bei den Frauen ohne entsprechende Vorerfahrung noch über der 20%-Grenze.

Vergleicht man die Angaben der Frauen ohne eigene Abbruchserfahrungen mit solchen, die diese Erfahrung haben, finden sich zunächst ähnliche Grundtendenzen. Die Unterschiede jedoch sind interessant. Wer schon einen Abbruch erlebt hat, fürchtet deutlich weniger die Diskriminierung durch Ärzte und Öffentlichkeit, erwartet häufiger menschliches Verständnis und Hilfe und gute gesundheitliche Versorgung. Die vermutete Peinlichkeit eines Kreuzverhörs spielt nicht die gleiche zentrale Rolle wie bei Frauen ohne diesen Erfahrungshintergrund. Andererseits betonen sie stärker den Willkürcharakter und die Erwartung, sich moralisch rechtfertigen zu müssen. Auch artikulieren sie weitaus häufiger als Frauen ohne Abbruchserfah-

rungen die Angst, solange hingehalten zu werden, bis ein Abbruch nicht mehr möglich ist. Sie sind eher geneigt, den § 218 als „ein Gesetz für arme Leute" anzusehen.

Offenbar herrschen bei Frauen ohne Abbruchserfahrungen diffuse und unspezifische Ängste vor, die sich bei Frauen mit einem solchen Erfahrungshintergrund sichtlich verringern.

Umgekehrt fürchten diese das konkrete Erlebnis von Abhängigkeit und Zwang zur moralischen Rechtfertigung, und ihre Furcht vor dem Hingehaltenwerden ist größer, die Ängste sind also spezifischer.

Deutlich ist aber auch, daß sie medizinisch gut versorgt wurden, und daß ihnen menschliches Verständnis und Hilfe begegnet ist [37]). Zusammenfassend lassen sich wieder drei unterschiedliche Einstellungssysteme herauskristallisieren:

1. Eine mehr oder minder ausgeprägte Diskriminierungserwartung: man fürchtet, auf Feindseligkeit und Ablehnung zu stoßen und keine Stelle zum Abbruch zu finden, man nimmt an, man sei der Willkür von Ärzten ausgesetzt und man werde so lange hingehalten, bis es zu spät ist.
2. Die positive Erwartung, man werde gesundheitlich gut versorgt, finde Hilfe und menschliches Verständnis und werde richtig über die möglichen Folgen aufgeklärt.
3. Eine für nützlich gehaltene Sanktionierungstendenz, die moralische Rechtfertigung für notwendig hält und mit dem Hinweis unterstützt, es sei richtig, daß Frauen nicht machen könnten, was sie möchten.

Interessanterweise korrelieren die Diskriminierungserwartung und die positive Erwartung auf Verständnis, Information und gesundheitliche Versorgung nur schwach negativ miteinander. Das bedeutet, daß bei der Mehrzahl der Befragten beide Einstellungen gleichzeitig vorhanden sind: einerseits hofft man sehr auf Verständnis und gute Versorgung, viele brauchen das in dieser Situation, andererseits fürchtet man, eben dieses Verständnis nicht zu finden, diskriminiert zu werden. Daß der dritte Faktor, die Sanktionierungstendenz hoch mit der konservativen Orientierung in ihrer dogmatischen Ausprägung korreliert, dürfte kaum überraschen.

Die Ambivalenz in den Erwartungen einschließlich der Sanktionierungstendenz hat einerseits sicher mit den objektiv gegebenen Verhältnissen zu tun, auf der anderen Seite ist sie Spiegel der eigenen innerpsychischen Ambivalenz dem Abbruch gegenüber.

12.2.7 Die Entscheidungssituation der Frau

Betroffene Frauen schildern einen schwierigen und schmerzlichen Entscheidungsprozeß, bei dem sie wiederholt zu schwanken begannen, von vielen beeinflußt wurden und sich immer hin- und hergerissen fühlten. Oft geht die Entscheidung mit Auseinandersetzungen innerhalb der Familie, mit dem Partner, mit den Eltern, mit Freunden oder Bekannten einher. Selbst wenn schließlich ein Standpunkt gefunden ist, bedeutet das in der Regel nicht, daß die Gegenargumente beseitigt und nicht mehr wirksam wären. Man setzt lediglich handlungswirksame Prioritäten, ohne dabei grundsätzlich die entgegengesetzten Gesichtspunkte zu entwerten. Beratungsgespräche machen auch deshalb Angst, weil dabei wieder entgegengesetzte Gesichtspunkte aktualisiert werden, weil die innere Auseinandersetzung erneut in Gang gesetzt werden und der mühsam getroffene Entschluß wieder ins Wanken geraten kann. Vorbehalte gegenüber der Beratung sind sicherlich auch Angst vor der eigenen Ambivalenz.

Häufig führt eine ambivalente Haltung zur Verstärkung der körperlichen Umstellungsschwierigkeiten und gelegentlich sogar zu einem Nicht-zur-Kenntnis-Nehmen, zur Verleugnung der Schwangerschaft.

> „Mir war's mulmig, und ich hab' spucken müssen, und die Leute haben gesagt, ‚Sie sehen aber bleich aus', aber ich hab' die ganze Zeit so getan, als wär's nicht da."

Viele Frauen ziehen sich auf sich zurück, wenden sich nach innen und fühlen sich alleingelassen und unzugänglich zugleich. In dieser Situation der Introversion, der Passivität, der Selbstunsicherheit und Verletzbarkeit scheint es besonders schwer zu sein, Kontakt aufzunehmen, Orientierung zu finden und sich einer Beratung auszusetzen.

Die Widerstände und Vorbehalte gegenüber dem Instanzenweg sind demnach nicht allein auf die realen Erfahrungen und Eindrücke der Befragten zurückzuführen, sondern müssen auch vor dem Hintergrund ihrer einstellungsbedingten Ambivalnzen, ihrer sozialen Ängste und vor allem im Zusammenhang mit möglicherweise durch die Schwangerschaft ausgelösten Rückzugstendenzen gesehen werden.

Ein Abbruch scheint für die Frauen um so weniger problematisch zu sein, je selbstbewußter sie sich dazu bekennen. Je selbstverantwortlicher und unabhängiger sie auch ihr sonstiges Leben gestalten, um so leichter bewältigen sie auch den Instanzenweg, und um so weniger geraten sie in Trauer und Schuldgefühle nach dem Abbruch. Dieser ist um so schwieriger zu bewältigen, je mehr er den eigentlichen Bedürfnissen und Normen der Frau widerspricht, um so schwieriger wird auch der Instanzenweg und um so nachhaltiger die nachträglichen Depressionen.

Zwei Fälle mögen verdeutlichen, was hier gemeint ist. Frau B. ist seit einem Jahr verheiratet und hat ein einige Monate altes Baby. Ihre erste Schwangerschaft liegt etwa zweieinhalb Jahre zurück. Zu der Zeit lebte sie, wie sie berichtet, in einer sehr intensiven und schwierigen Beziehung mit einem geschiedenen Mann. Als sie bemerkte, daß sie schwanger war, wurde ihr bewußt, daß sie eine dauernde Bindung mit diesem Partner nicht bewältigen und deshalb auch nicht eingehen konnte. „Bis ich das für mich klargekriegt hab', das war eine furchtbare Sache". Die Trennung von diesem Mann vollzog sie, ohne ihn über die Schwangerschaft zu informieren. Der Schwangerschaftsabbruch ließ sie erst danach, selbständig und ohne zu zögern, vornehmen. Es verlief ohne nennenswerte Schwierigkeiten und Konflikte.

Ein zweites Beispiel ist die Sekretärin, die, um das Studium ihres Freundes und damit die gemeinsame Zukunft sichern zu können, auf ihr Kind verzichtet. In

[37]) Vgl. dazu auch in Kapitel 9 die Diskriminierungserwartungen von Frauen und ihre Überraschung über eine gute Behandlung, bes. 9.4.2.

ihrem Bericht wird offensichtlich, daß sie mit dem Schwangerschaftsabbruch ein weiteres Opfer bringt, das sie nur schwer mit sich in Einklang zu bringen vermag. Ein Kind aus dieser Partnerschaft zu bekommen, entspräche ihren eigenen Bedürfnissen. Mit dem Schwangerschaftsabbruch unterwirft sie sich den bestehenden Verhältnissen und nimmt auf die Bedürfnisse ihres Freundes Rücksicht. Der Schwangerschaftsabbruch bedeutet für sie Verzicht, Trauer, Unterwerfung. Sie erfährt dabei zahlreiche Kränkungen, fühlt sich abgelehnt, deprimiert, leer.

12.2.8 Erwartungen an die Beratung

Diese komplexen, persönlichen Problemsituationen spiegeln sich in den Erwartungen an die Beratung.

In der qualitativen Untersuchung betrachteten die Frauen die Inanspruchnahme der Beratung als mehr oder minder freiwillig. Sie sind sich allerdings über den Verlauf und die Konsequenzen der Beratung nicht sicher. Die kirchlichen Beratungsstellen stehen am stärksten in dem Ruf, Einfluß auf die Ratsuchenden zu nehmen und sie unter moralischen Druck zu setzen, allerdings erwartet man von ihnen auch am meisten materielle Unterstützung im Falle des Austragens. Die Pro Famlia-Stellen sind laut Meinung der Befragten weniger an Überredung interessiert, die Berater weltanschaulich weniger festgelegt. Aber auch hier gibt es Diskriminierungsangst.

In der Bevölkerungsumfrage werden die Erwartungen an die Beratung folgendermaßen gewichtet:

Tabelle 8

Erwartungen an die Beratung

	wichtig in %	weder/noch in %	unwichtig in %
1. Die Berater sollten sich in die Situation der Schwangeren hineindenken und ihre Probleme verstehen	93,7	1,7	0,9
2. Die Berater sollten sachlich über Schwangerschaftsabbruch und die körperlichen und seelischen Folgen aufklären	88,5	5,6	1,1
3. Die Berater sollten der Frau bei den Behörden weiterhelfen	88,2	6,2	2,0
4. Die Berater sollten möglichst beide Partner anhören	87,0	5,6	3,7
5. Die Berater sollten der Frau Hilfe vermitteln (z. B. Krippenplätze, Sozialwohnungen, finanzielle Unterstützung usw.)	84,1	7,5	4,7
6. Die Berater sollten die Partner über Empfängnisverhütungsmethoden aufklären	83,1	8,1	5,1
7. Die Berater sollten sich Zeit für mehrere Gespräche nehmen	82,6	8,3	5,4
8. Die Berater sollten objektiv über die gesetzlichen Bestimmungen informieren und ihre persönliche Meinung für sich behalten	74,7	9,2	12,5
9. Die Berater sollten den Partnern bei der Lösung der ehelichen Schwierigkeiten helfen	71,7	15,1	9,5
10. Die Berater sollten die Frau eingehend befragen und ihr „auf den Zahn fühlen"	26,6	22,7	21,2
11. Die Berater sollten die Frau überzeugen, daß sie das Kind austragen muß	21,7	28,4	46,1

N = 2510

Mit Abstand am wichtigsten ist den Befragten das persönliche Verständnis, das man vom Berater erhofft, das Hineindenken in die Probleme und die Situation der Schwangeren. Danach erst folgt das Bedürfnis nach sachlicher Information und die Hilfe beim Umgang mit Behörden. Sehr wenig erwünscht ist die Vorstellung, die Berater sollten die Frau eingehend befragen und ihr „auf den Zahln fühlen", und vor allem der Gedanke, daß sie die Frau überzeugen sollten, das Kind auszutragen.

Es kristallisierten sich zwei Grundtendenzen heraus [38]):

In der ersten Gruppe erwartet man neben psychologischem Einfühlungsvermögen und sachlicher Aufklärung über seelische und körperliche Folgen des Abbruchs insbesondere eine vermittelnde Tätigkeit gegenüber Behörden, sowie flankierende materielle

[38]) Anhand der Faktorenanalyse, s. o.

Hilfen (Krippenplätze, Sozialwohnungen, finanzielle Unterstützungen usw.).

Eine Beeinflussung der Entscheidung über die Fortführung der Schwangerschaft wird abgelehnt. Der Verzicht auf diese Beeinflussung und die psychologische Einfühlung sind Grundlagen des nondirektiven Beratungskonzeptes. Was hier zusätzlich erwartet wird, sachliche Aufklärung und Vermittlung von Hilfen, sind in der modernen Sozialarbeit integrierte Beratungselemente.

Die zweite Gruppe von Erwartungen ist komplexer. Einerseits legt man Wert auf die Lösung ehelicher Schwierigkeiten und auf die Information über empfängnisverhütende Methoden; auf der anderen Seite möchte man, daß der Berater die Frau davon überzeugt, daß sie das Kind austragen muß, und findet zu diesem Zweck eine eingehende inquisitorische Befragung legitim.

Man hat den Eindruck, daß dahinter die Einstellung steht, daß Kinder auf jeden Fall ausgetragen werden müssen und, wo dies Schwierigkeiten macht, man eben die Voraussetzungen, Ehe und Partnerschaft, in Ordnung bringen muß. Es überrascht weniger, daß, wer diese Erwartungen an die Beratung hat, insgesamt zum konservativen Bezugssystem neigt und die Diskriminierungsbefürchtung vieler Frauen für sachlich nicht gerechtfertigt hält. Ältere, mit dem Problem nicht unmittelbar konfrontierte Menschen neigen am häufigsten zu dieser Einstellung.

Umgekehrt haben Frauen mit hoher Diskriminierungserwartung nicht den Wunsch, sich in ihre Partnerbeziehung hineinreden zu lassen; sie möchten auch keine Vermittlung an Behörden oder andere finanzielle Hilfen haben. Auch alleinerziehende Mütter gehören zu dieser Gruppe. Weil Diskriminierung und Beeinflussung befürchtet werden, wird auch die Hilfe abgelehnt.

Interessant ist auch die Verteilung der **Einstellungen zum Verfahren und zur Beratung bei verschiedenen Gruppen der Bevölkerung.** Es ergeben sich nach Konfession und Kirchenbindung kaum Unterschiede bei der Diskriminierungsangst, wohl aber darin, in welchem Maß man eine soziale Kontrolle der Frauen für nötig hält, am meisten befürworteten diese Kontrolle Katholiken und vor allem die regelmäßigen Kirchgänger.

Die Intensität des kirchlichen Engagements ist auch für die Einstellung zur Beratung wichtig; wer häufig zur Kirche geht, favorisiert kontrollierende und entscheidungsmodifizierende Beratung, wer mehr Distanz zur Kirche hat, möchte mehr psychologisches Einfühlungsvermögen, aber auch mehr Information und Vermittlung sozialer Hilfen.

Bei der Einstellung zum Verfahren spielt die **Kinderzahl** eine große Rolle, Kinderreiche haben mehr Vertrauen zu Ämtern, Kinderlose fahren eher ins Ausland. Sie haben, wie auch die alleinerziehenden Mütter, eine größere Diskriminierungserwartung, während dagegen die Kinderreichen die Notwendigkeit der sozialen Kontrolle betonen.

Im übrigen haben **Frauen,** vor allem solche zwischen zwanzig und dreißig Jahren, sehr viel mehr Befürchtungen, diskriminiert zu werden, als **Männer.** In dieser **Alters**gruppe finden sich auch die schärfsten Gegner der direktiven Beratung. Nichtberufstätige Frauen haben z. T. sehr hohe Diskriminierungserwartungen, bejahen zu einem großen Teil aber auch die Notwendigkeit sozialer Kontrollen. Sie fürchten zwar Ablehnung und Feindseligkeit bei der Beratung, investieren aber einiges Vertrauen in die positiven Hilfsmöglichkeiten.

Die unteren **Bildungs- und Einkommensschichten** sind eher als andere geneigt, sich an Ämter zu wenden; sie haben im allgemeinen weniger Einwände gegen kontrollierende und reglementierende Beratung, die Ehe und Familie einbezieht [39]).

Die Angst, diskriminiert zu werden, ist in der Mittel- und Oberschicht eher größer. Bei Befragten höherer Bildung läßt sich Mißtrauen gegenüber der Ärzteschaft nachweisen, sie ziehen am häufigsten den Weg ins Ausland vor.

Die **Größe des Wohnorts** spielt wider Erwarten keine große Rolle in dieser Frage. Dorfbewohner und Kleinstädter zeigen eine etwas stärkere Präferenz für Ärzte als andere. Wahrscheinlich mangelt es ihnen an anderen Möglichkeiten, im übrigen würden sie ebenso häufig ins Ausland fahren wie andere und zeigen generell keine stärkeren Diskriminierungsängste. Die Landbevölkerung hat insgesamt ein stärkeres Interesse an Ehe- und Familienberatung und weniger Vorbehalte gegenüber dem direktiven Ansatz. Ihre Diskriminierungsangst liegt kaum über der von Großstädtern.

12.2.9 Erwartungen an die sozialen Hilfen

Nur 9 % der Befragten glauben, daß für Familien mit Kindern genügend getan wird. Bei der Auswahl der wünschenswerten Maßnahmen zur Unterstützung von Familien ergab sich diese Reihenfolge:

[39]) Dieses Ergebnis deckt sich mit der in Kapitel 4.4.5.1 referierten Erfahrung der Behörden, daß Angehörige der sozialen Grundschicht in der Klientel der behördlichen Beratungsstellen überrepräsentiert sind.

Tabelle 9

Erwartungen an die sozialen Hilfen

	%
1) Verlängerung des Mutterschaftsurlaubs auf ein Jahr mit Lohnfortzahlung und Garantie auf einen gleichwertigen Arbeitsplatz	50
2) Kindergeld wesentlich höher	48,2
3) Größere, billige Wohnungen für Familien mit Kindern	46,5
4) Ein Erziehungsgeld für Mütter, die in den ersten Lebensjahren des Kindes auf eine Erwerbstätigkeit verzichten	44,1
5) Bessere Möglichkeiten, Sonderurlaub zu bekommen, wenn ein Kind krank ist	30,6
6) Adoption erleichtern	29,2
7) Mehr Plätze in Kinderkrippen und Kindertagesstätten	29,2
8) Familiengründungsdarlehen	25,7
9) Mehr Halbtagsarbeitsplätze für Frauen	21,3
10) Bessere Chancen für Kinder (z. B. mehr Spiel- und Sportplätze, Ganztagsschulen, bessere Chancen für Berufsausbildung)	21,1
11) Das Babyjahr sollte wahlweise auch von Vätern beansprucht werden können	18,6
12) Bessere Öffnungszeiten der Kindergärten	12,2
13) Mehr Möglichkeiten, Kinder tagsüber in eine Pflegefamilie zu geben (Tagesmütter)	11,9
14) Ehe- und Familienberatung verbessern	9,4
15) Einrichtung von Kinder- und mütterfreundlichen Entbindungskliniken	8,2
16) Bau von besonderen Häusern für Familien mit berufstätigen Müttern (Servicehäuser)	7,6
17) Mehr Halbtagsarbeitsplätze für Männer, damit sie sich um ihre Kinder kümmern können	5,5

Mehrfachnennungen N = 2510

Am meisten verspricht man sich von der Verlängerung des Mutterschaftsurlaubs, der Bewältigung der Wohnprobleme für Kinderreiche, dem Erziehungsgeld für Mütter und der Möglichkeit, Sonderurlaub zu bekommen, wenn Kinder krank sind. Sehr wesentlich sind also die Bemühungen, Berufs- und Mutterpflichten in Einklang zu bringen und die materielle Benachteiligung der Familien mit Kindern zu reduzieren.

Für unwichtig gehalten werden dagegen besondere Entbindungskliniken, Servicehäuser für Familien mit berufstätigen Müttern und Halbtagsarbeitsplätze für Väter. Diese stehen an allerletzter Stelle, ein Babyjahr für Väter ist vergleichsweise attraktiver, 19 % stimmen dafür [40]).

In einem mittleren Bereich liegt, was man direkt an institutionellen Hilfen für Kinder verwirklicht sehen möchte: Plätze in Krippen und Tagesstätten, andere Öffnungszeiten der Kindergärten, Tagesmütter oder generell bessere Chancen für die Kinder, Spiel- und Sportplätze, Ganztagsschulen und bessere Chancen für die Berufsausbildung.

Im einzelnen sind Kinderreiche erheblich mehr als andere an einer Erhöhung des Kindergeldes interessiert und an größeren und billigeren Wohnungen. Die alleinstehenden Mütter halten vor allem das Erziehungsgeld für Mütter, Pflegefamilien, wo sie ihr Kind tagsüber unterbringen können, und – das steht in merkwürdigem Gegensatz zu ihrer sonstigen Skepsis gegenüber Beratung – Ehe- und Familienberatung für wichtig. Den Frauen im gebärfähigen Alter insgesamt liegt vor allem an einer Verlängerung des Mutterschaftsurlaubs und am Erziehungsgeld für Mütter.

Bezieht man diese Wünsche auf die **Grundeinstellungen**, fällt auf, wie wenig die familienpolitischen und kinderfreundlichen Forderungen mit dem Grundtypus konservativ korrelieren. Zwar möchten solch typische Vertreter dieser Tendenz häufiger als andere das Kindergeld erhöht wissen und bessere Regelungen für die Versorgung kranker Kinder haben, sie sind jedoch deutlich weniger an einer Verlängerung des Mutterschaftsurlaubs, der Einführung des Erziehungsgeldes für Mütter, und vor allem auch weniger als andere an einer Verbesserung der Lebenschancen der Kinder durch verbesserte Freizeiteinrichtungen und Ausbildungssysteme interessiert. Die Pragmatiker treten sowohl für die Erhöhung des Kindergeldes als auch für die Verlängerung des Mutterschaftsurlaubes bei Lohnfortzahlung und Garantie auf einen gleichwertigen Arbeitsplatz als auch für die Zahlung eines Erziehungsgeldes für diejenigen Mütter ein, die in den ersten Lebensjahren auf eine eigene Erwerbstätigkeit verzichten wollen. Die Emanzipationsorientierten möchten darüber hinaus die Belastung, die mit der Kindererziehung verbunden ist, gleichmäßiger auf beide Geschlechter verteilen. Sie votieren mehr als andere für das Babyjahr und Teilzeitarbeitsplätze für Väter. Schließlich treten sie auch mehr als andere für verbesserte Lebenschancen der Kinder ein.

Flankierende Maßnahmen sind wichtig. Man sollte sich jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß die tieferen Gründe für Kinderlosigkeit in Einstellungen liegen, die sich nur begrenzt mit „Maßnahmen" korrigieren lassen.

Erstaunlichstes Ergebnis dieser Befragung ist, daß eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem besteht, was die Bevölkerung über den Schwangerschaftsabbruch denkt und vom Gesetzgeber fordert, und dem, was bestimmte politische Entscheidungsträger aufgrund ihrer Annahmen über diese Einstellungen im Namen des Volkes und für die betroffene Bevölkerung fordern oder beschließen.

[40]) Da nur eine begrenzte Auswahl der flankierenden Maßnahmen gestattet war, bezeichnen diese Angaben nur eine im Vergleich mit den anderen Maßnahmen geringere Präferenz.

Auffallend ist vor allem, wie gering die Zahl derer ist, die dogmatisch und unreflektiert Extrempositionen vertreten, daß dagegen der größte Teil der Bevölkerung sich um eine verschiedene Werte und Interessen abwägende Urteilsbildung und eine dem jeweiligen Einzelfall gerecht werdende Entscheidung bemüht.

Die überwiegend liberale Einstellung, die dem einzelnen die Letztverantwortung für sein Tun überläßt und als bewußte Verantwortlichkeit fordert, bescheinigt dem Bürger ein weit höheres Maß an Mündigkeit als ihm von öffentlichen Organen oft zugestanden oder unterstellt wird.

13 Schwangerschaftsabbruch und Bevölkerungsentwicklung

So wie in der Laiendiskussion die oralen Antikonzeptiva, die „Pille", als eine wesentliche Ursache des Geburtenrückgangs angesehen werden (der „Pillenknick" der Geburten), so finden sich auch immer wieder Äußerungen, die die Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs in einem Lande mit der Entwicklung der Geburtenraten in Verbindung bringen. Aus diesem Grunde wurde schon in dem Verfahren über die Zulässigkeit der Fristenlösung des Schwangerschaftsabbruchs vor dem Bundesverfassungsgericht 1975 die Frage gutachtlich untersucht, wie weit von einer Fristenlösung oder auch anderen Regelungen Auswirkungen auf die Bevölkerungsentwicklung ausgehen [1]).

13.1 Grundsätzliches zur Bevölkerungsentwicklung

Ginge man modellmäßig von einer Bevölkerung aus, deren Fruchtbarkeit nicht durch kontrazeptive Maßnahmen eingeschränkt wird und der als einziges Mittel, Fruchtbarkeit zu begrenzen, der Schwangerschaftsabbruch zur Verfügung stünde, dann würde, je nach Einstellung der Bevölkerung zu ihren Kinderzahlen, dem Schwangerschaftsabbruch zumindest instrumentell entscheidende Bedeutung für die Veränderung der Gebornenzahlen zukommen. Man muß sich jedoch in diesem Zusammenhang darüber klar sein, daß auch in einer solchen Modellsituation der Schwangerschaftsabbruch nicht Ursache für eine Reduzierung der Geborenenzahlen wäre, sondern nur eine, wenn auch entscheidende Bedingung. Ursächlich wären allein die aus vielfältigen Beweggründen gespeisten Wünsche der Bevölkerung, weniger Kinder zu haben. Diese eigentlichen Ursachen kämen aber nicht zur demographisch wirksamen Realisierung, wenn eben nicht die notwendige technische Bedingung, d. h. die Verfügung über den Schwangerschaftsabbruch gegeben wäre. In einer Gesellschaft, in der wirksame kontrazeptive Techniken weitverbreitet sind und in der 80 % bis 90 % der potentiellen Fruchtbarkeit einer Frau verhütet werden, nimmt der Schwangerschaftsabbruch eine ganz andere Stellung ein. Auch hier gilt, daß der Abbruch selbst nicht Ursache ist, sondern nur ein Instrument zur Realisierung jener Wünsche, die auf die Vermeidung einer Geburt gerichtet sind. Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß in einer Gesellschaft, in der eine alte kontrazeptive Tradition herrscht, der Schwangerschaftsabbruch im wesentlichen nur ergänzende, oftmals „nachbesserende" Funktion hat, die immer erst dann bedeutsam wird, wenn eine andere Planungsmaßnahme fehlgeschlagen ist.

Die nach der Reform des § 218 durchgeführten Abbrüche werden sich zusammensetzen [2]) aus denen,

— die sonst illegal im Inland vorgenommen werden,
— die sonst im Ausland vorgenommen wurden,
— den Schwangerschaften, die bis zur Reform des Gesetzes nur deswegen ausgetragen wurden, weil den Schwangeren keine Möglichkeit zu einem Abbruch zur Verfügung stand,
— den Schwangerschaften, die infolge der durch die Reform gebotenen Möglichkeiten aufgrund einer Vernachlässigung anderer antikonzeptiver Maßnahmen entstanden sind.

Nach der Reform des § 218 würden also die beiden letztgenannten Gruppen die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche gegenüber dem vorherigen Zustand erhöhen. Unter demographischem Aspekt würde jedoch nur die an dritter Stelle genannte Gruppe zu einer Veränderung der Geborenenzahl beitragen, da ja die an vierter Stelle genannte ohnehin Schwangerschaften verhüten wollte und gewissermaßen nur die Methode wechselt [3]). In Anbetracht der zunehmenden Verbreitung sicherer Kontrazeptiva in der Bevölkerung ist anzunehmen, daß sich parallel mit dieser Verbreitung die Zahl der ungewollten Schwangerschaften weiter reduziert.

Es ist nicht davon auszugehen, daß sich die im Verlaufe langer Jahre eingespielten Verhaltensweisen der Bevölkerung hinsichtlich des Schwangerschaftsabbruchs mit der Reform des Gesetzes schlagartig ändern. Selbst in Ländern, in denen eine völlige Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs erfolgte, bedurfte es einer längeren Anlaufzeit, um das Volumen der bisher illegal im Inland und im Ausland durchgeführten Aborte auf legale Abbrüche, die dann auch statistisch erfaßt werden konnten, umzustellen. Wenn die entsprechenden Statistiken eines Landes somit nach der Gesetzesreform eine zunächst jährlich ansteigende

[1]) Jürgens, Pieper 1975.

[2]) Vgl. Jürgens, Pieper 1975.

[3]) Über die Zahl der Frauen und Männer, die Antikonzeption vernachlässigen, da die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs besteht, liegen keine gesicherten Angaben vor. Aus Kapitel 8, Familienplanung, und Kapitel 12.2 Einstellung der Bevölkerung, wird jedoch deutlich, daß in der Bevölkerung erhebliche Vorbehalte vor allem gesundheitlicher Art gegen den Schwangerschaftsabbruch bestehen, daß er als Mittel der Kontrazeption nicht akzeptabel ist.

Rate von Abbrüchen aufweisen, so besagt das hinsichtlich des echten zahlenmäßigen Umfanges der Schwangerschaftsabbrüche und seiner Veränderung noch nichts. Erst wenn diese Umstellung völlig abgeschlossen ist, können aus den Veränderungen der Abbruchsraten Schlüsse zumindest über das Gesamtvolumen von Schwangerschaftsabbrüchen in der Bevölkerung und damit z. B. hinsichtlich der sozialmedizinischen Auswirkungen Aussagen gemacht werden [4]).

Schlüsse auf die demographische Auswirkung des Schwangerschaftsabbruchs sind aber auch nach dieser Übergangszeit nicht möglich, sofern nicht der Gesamtkomplex der antikonzeptiven Maßnahmen, die ja sämtlich mit dem Schwangerschaftsabbruch in Interaktion stehen, bekannt ist. In diesem Zusammenhang erscheint es wichtig, darauf hinzuweisen, daß primär die Kindeswünsche der Bevölkerung bzw. der Wunsch nach Verhinderung von Geburten zu sehen ist und daß dann erst sekundär die Frage nach den angewandten Mitteln untersucht werden sollte. Es ist logisch nicht schlüssig anzunehmen, daß durch die Einschränkung eines Mittels bei sonst ungestörtem Spektrum antikonzeptiver Maßnahmen demographisch nennenswerte Veränderungen auftreten. Auch hier ist nur, wie das später noch zu betrachtende Beispiel Rumäniens zeigt, mit einer kurzen Adaptationsphase der Bevölkerung zu rechnen, die diesen Umstellungsprozeß z. B. bei Fortfall des vorher liberalisierten Schwangerschaftsabbruchs gewissermaßen technisch bewältigen muß.

Die Aussagekraft von Statistiken über legale Schwangerschaftsabbrüche in der Bundesrepublik ist somit aus verschiedenen Gründen begrenzt [5]). Zusammenfassend läßt sich feststellen,

— daß der Zeitraum seit der Reform des § 218 noch zu kurz ist, so daß die Umstellung der Schwangerschaftsabbrüche von den bisherigen illegalen Formen auf die jetzt möglichen legalen noch nicht abgeschlossen ist,

— daß in Anbetracht der Interaktion des Schwangerschaftsabbruchs mit anderen kontrazeptiven Maßnahmen ein Schluß auf demographische Auswirkungen nicht möglich ist,

— daß die Frage offen bleibt, wie weit die vorliegenden Statistiken überhaupt rein technisch zuverlässig die Situation in der Praxis wiedergeben.

13.2 Die Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland

Die Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik ist in der Nachkriegszeit keineswegs stetig verlaufen, sondern zeigt starke Wellenbewegungen. Ein Nachkriegstief der Geburten wurde seit Mitte der fünfziger Jahre von einem stetig zunehmenden Anstieg abgelöst. 1964 stieg die Zahl der Geburten in der Bundesrepublik auf 1,06 Millionen. In den folgenden Jahren sanken diese Zahlen stetig ab und haben sich bis 1977 auf unter 600 000 reduziert. Das Bild wird noch eindrucksvoller, wenn man sich auf die deutsche Bevölkerung im Bundesgebiet beschränkt. Um die Mitte des vergangenen Jahrzehnts wurden jährlich über 1 Million deutsche Kinder geboren. In den Jahren 1975 bis 1977 nur noch rd. 500 000. Für die bundesdeutsche Bevölkerung ergibt sich somit eine Halbierung der Zahl der Lebendgeborenen.

Dieser Geburtenrückgang ist zwar inzwischen erheblich kleiner geworden, aber noch nicht ganz zum Stillstand gekommen, denn auch 1978 ergab sich gegenüber dem Vorjahr eine weitere Abnahme der Zahl der Lebendgeborenen, und das, obwohl man wegen des Eintretens der stärkeren Geburtenjahrgänge ab 1950 ins Erwachsenenalter heute eigentlich einen Anstieg der Geborenenzahl erwarten sollte.

Während im Jahr 1964 die Bevölkerung des Bundesgebietes noch einen Geburtenüberschuß von über 400 000 hatte, liegt das Geburtendefizit, d. h. der Überschuß der Sterbefälle über die Geburten, gegenwärtig bei 120 000, und wenn man nur die deutsche Bevölkerung betrachtet, erreicht dieses Defizit einen Wert von rd. 200 000. Analysiert man, was das heutige Geburtenniveau für die Bevölkerungsentwicklung auf lange Sicht bedeutet, so kommt man zu dem Ergebnis, daß von den zur Erhaltung des Bevölkerungsstandes erforderlichen Geburten zur Zeit über 30 %, bei der deutschen Bevölkerung über 35 %, fehlen.

Dieser Geburtenrückgang hat die Bundesrepublik Deutschland weltweit am stärksten erfaßt, und wir können feststellen, daß sich gegenwärtig hier die niedrigsten Geburtenziffern der Welt finden. Dies darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß auch zahlreiche andere europäische Länder in Ost und West und weiterhin die außereuropäischen Industriestaaten vergleichbare Entwicklungen zeigen. Es liegt also kein nationales Phänomen vor, sondern vielmehr zeigt sich eine Entwicklung, die im gleichen Sinne, wenn auch in unterschiedlich starker Ausprägung, alle Industriestaaten der Welt erfaßt hat.

Die Frage nach dem Fortgang dieser Entwicklung hat zunächst zu berücksichtigen, daß Bevölkerungsvorausschätzungen keine Prophezeihungen sind, sondern nur unter bestimmten Annahmen mehr oder weniger mechanisch Entwicklungen der Vergangenheit extrapolieren können. Die Tatsache, auf die schon weiter oben hingewiesen wurde, daß sich auch in den letzten Jahrzehnten die Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland ähnlich wie in anderen Staaten wellenförmig vollzog und daß dadurch erhebliche Unsicherheiten der Bevölkerungsvorausschätzungen auftraten, kann zur Vorsicht bei der Bewertung solcher Projektionen mahnen.

Während die Sterberaten auch für künftige Jahrzehnte recht zuverlässig vorausschätzbar und Wanderungen ohnehin Gegenstand politischer Steuerungsmaßnahmen sind, liegt das Gewicht und das Risiko jeder Vorausschätzung auf der Seite der Geburtenentwicklung. Hier sind die Annahmen am unsichersten. Selbst wenn die Vorausschätzungen mit vorzüglichem Datenmaterial und anerkannten wissenschaftlichen Verfahren erstellt werden, können sie in einer relativ kurzen Zeit aufgrund der sich veränderenden Rahmenbedingungen und Leitbilder für das generative Verhalten Abweichungen von der Realität aufweisen. Auch der Versuch, Bevölkerungsprognosen mit unterschiedlichen Annahmen durchzuführen, um auf diese Weise die Bandbreite sichtbar zu machen, in deren Bereich die tatsächliche Entwicklung verlaufen könnte, verla-

[4]) Vgl. Kapitel 3.6.
[5]) Vgl. Kapitel 3.5.

gert nur das Problem, denn nur eine relativ große Bandbreite kann die mögliche tatsächliche Bevölkerung abdecken, und der Benutzer der Ergebnisse muß sich dann innerhalb dieser Bandbreite entscheiden.

Im Dezember 1975 hat das Statistische Bundesamt die Ergebnisse einer Vorausschätzung der deutschen Bevölkerung vorgelegt, die im Bereich der Geburtenentwicklung von einer weiteren leichten Abnahme der Geburtenhäufigkeit bis 1978 und danach von einem konstant niedrigen Niveau der Geburtenhäufigkeit ausgeht, das je 100 Ehen zu rund 150 Kindern führt. (Um eine Bestandserhaltung zu erreichen, wären über 220 Kinder je 100 Ehen erforderlich.)

Nach den Ergebnissen dieser Vorausschätzung, die sich bis heute im wesentlichen bestätigt haben, wäre eine Abnahme der deutschen Bevölkerung von 57,9 Millionen am 1. Januar 1975 auf 52,2 Millionen bis zum Jahre 2000 anzunehmen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß in den nächsten Jahren wieder stärker besetzte Geburtsjahrgänge in das Alter nachrücken, in dem Kinder geboren werden und daß der Anteil älterer Menschen mit höherer Sterblichkeit heute noch nicht den zu erwartenden höchsten Stand erreicht hat. Nach der Jahrtausendwende ist, wenn das Geburtenniveau bleibt und unter Außerachtlassung von Einbürgerungen, ein stärkerer Bevölkerungsrückgang zu erwarten. Modellrechnungen mit dieser Annahme ergeben für das Jahr 2030 rd. 39 Millionen Deutsche im Bundesgebiet.

Insgesamt läßt sich aus diesen Bevölkerungsvorausschätzungen schließen, daß die Auswirkungen des gegenwärtigen generativen Verhaltens auf die Bevölkerungszahl bis zur Jahrtausendwende vergleichsweise gering bleiben werden. Bei weiterhin unverändertem generativen Verhalten ist danach jedoch, parallel zu einer starken Bevölkerungsabnahme, mit einer Zunahme des Anteils älterer Menschen zu rechnen. Im Jahre 2030 würden statt heute 22 % nur noch 13 % unter 15jährige zu erwarten sein, andererseits aber 23 % über 65jährige (gegenüber heute 15 %).

13.3 Das generative Verhalten

Die Bevölkerungen in den entwickelten Ländern reduzieren aus den verschiedensten Gründen stark das Ausmaß der natürlichen Fruchtbarkeit. Wir finden in der Bevölkerung der Bundesrepublik nur einen Durchschnittswert von 1,5 Kindern, d. h. rd. 90 % der potentiellen Fruchtbarkeit werden verhütet. Dieser Prozentsatz mag zunächst relativ hoch erscheinen, doch auch schon bei durchschnittlich drei Kindern in jeder Familie werden immer noch 80 % der möglichen Fruchtbarkeit verhütet. Geburtenkontrolle, d. h. also auch bewußte soziale Entscheidungen sind in den zivilisatorisch fortgeschrittenen Bevölkerungen das Normale, nicht-kontrollierte Fruchtbarkeit ist die Ausnahme.

Das komplizierte Beziehungssystem zwischen dem Kinderwunsch einerseits, dem Wunsch, keine Kinder mehr zu haben andererseits, dem Bemühen, das geplante Fruchtbarkeitsverhalten mit Hilfe bestimmter kontrazeptiver Maßnahmen durchzusetzen, und der Frage, wieweit diese Maßnahmen gegebenenfalls durch einen Schwangerschaftsabbruch zu ergänzen sind, hängt stark vom Alter der Frau und von der Zahl der bereits vorhandenen Kinder ab. Es stellt sich vor allem die Frage, ob – wie dies in Japan der Fall ist – der Schwangerschaftsabbruch als Mittel der Kontrazeption genutzt wird, oder ob er lediglich als „Nachbesserung von Planungspannen" Bedeutung hat, wieweit der Schwangerschaftsabbruch zwar grundsätzlich abgelehnt oder zumindest doch nicht für den Bereich des generativen Verhaltens ins Auge gefaßt wird, dann aber in der akuten Situation einer Schwangerschaft ins Blick- und Handlungsfeld tritt.

Die naheliegende Hypothese eines Zusammenhangs zwischen durchrationalisiertem generativen Verhalten und Abbruchsbereitschaft bei Fehlplanungen tritt nicht grundsätzlich auf [6]). Es findet sich zwar ein Typus von Frauen, der sich durch besonders überlegte Geburtenkontrolle mit Hilfe oraler Antikonzeptiva auszeichnet. Diese Frauen weisen eine hohe Unsicherheitstoleranz auf, d. h. sie besitzen die Fähigkeit, auf unvorhergesehene Ereignisse nicht mit Hiflosigkeit und Panik zu reagieren, sondern sie sinnvoll planend in die eigene Lebensgestaltung miteinzubeziehen, und sie zeigen innerhalb ihrer ehelichen Partnerschaft starke egalitäre Tendenzen; viele haben die höhere Schule besucht und sind mit einem Mann in einem Beruf der gehobenen Mittel- oder Oberschicht verheiratet; aufgrund ihrer durchrationalisierten Haltung auch im generativen Bereich ist die Zahl der „Planungspannen", d. h. der ungewollten Schwangerschaften gering. Wenn aber eine solche Schwangerschaft auftritt, dann entscheiden diese Frauen und Ehepaare sich kurzfristig und begründet, entweder dieses Kind voll zu akzeptieren oder aber die Schwangerschaft abzubrechen. Bemerkenswert ist, daß die Entscheidung für oder gegen die Schwangerschaft auch bei Frauen mit rationalisiertem generativen Verhalten nicht von der Konfession, wohl aber von der Kirchenbindung abhängig ist.

Die durchgängige Abhängigkeit der Einstellungen von der Kirchenbindung wurde ebenfalls in der Bevölkerungsumfrage [7]) der Kommission festgestellt.

Fällt die Entscheidung gegen die Schwangerschaft, so setzen sie den Abbruch sehr häufig auch unabhängig von der Rechtslage durch. Demgegenüber findet sich eine andere Gruppe von Frauen, die eine kürzere Schul- und Berufsausbildung haben, mit einem Mann der sozialen Grundschicht verheiratet sind, eine geringe Unsicherheitstoleranz aufweisen und deren Ehe eher patriarchalische Züge aufweist. Die Planungstechniken in diesen Ehen sind wesentlich weniger systematisch, nur zum Teil werden die sicheren Antikonzeptiva wie z. B. die Pille benutzt. Obwohl bei diesen Frauen die Wahrscheinlichkeit einer ungeplanten Schwangerschaft groß ist, sind sie bei ihrem Auftreten überrascht und reagieren mit Panik, in der ein Abbruch der Schwangerschaft oft als einziger Ausweg gesehen wird. Äußere Hemmnisse führen dann meist zu medizinisch bedenklichen, vielfach auch illegalen Lösungen, oder es wird je nach Außenbedingung die unerwünschte Schwangerschaft ausgetragen. Diese Gruppe weist im allgemeinen größere Ambivalenzen

---

[6]) Pohl, unveröffentlichtes Manuskript.

[7]) S. Kapitel 12, Einstellung der Bevölkerung.

auf, was sich in der Praxis der Beratungsstellen immer wieder zeigt [8]).

Eine Erhöhung des Bildungsstandes und der Information der Frauen wird zunächst dazu führen, daß das geplante generative Verhalten verstärkt mit Hilfe zuverlässiger Antikonzeptiva realisiert wird und sich von daher das Bedürfnis nach Schwangerschaftsabbrüchen reduziert. Gleichzeitig ist zu prüfen, ob mit Wandlungen der Unsicherheitstoleranz im Zuge dieser Bildungsmaßnahmen zu rechnen ist. In diesem Fall würde die Fähigkeit wachsen, mit neu eingetretenen Situationen souveräner als bisher umzugehen.

Die Tendenz zur weiteren Verbesserung der Bildungsmöglichkeiten für Frauen, die damit verbundene Entwicklung einer stärkeren sozialen und wirtschaftlichen Position in unserer Gesellschaft und davon abgeleitet auch die Erhöhung der Unsicherheitstoleranz lassen somit und in Verbindung mit der weiteren Information über kontrazeptive Maßnahmen erwarten, daß die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche künftig abnimmt. Ob damit allerdings ein demographisch faßbarer Effekt erzielt wird, bleibt offen und ist sehr fraglich, da sich ja nur die Methoden des kontrazeptiven Verhaltens verlagern, nicht aber sich Veränderungen der Fruchtbarkeit damit verbinden müssen.

13.4 Die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich mit der DDR und mit anderen Ländern

Ein internationaler Vergleich der Zusammenhänge zwischen Schwangerschaftsabbruch und Bevölkerungsentwicklung muß sich auf Länder beschränken, in denen eine Fristenlösung oder eine weitgefaßte Indikationslösung praktiziert wird, so daß die statistischen Unterlagen eine gewisse Aussagekraft haben.

13.4.1 DDR

Die Entwicklung der Geburtenraten in der DDR im Vergleich zur Bundesrepublik ist dadurch charakterisiert, daß beide nach 1964 ein stetiges Absinken der Geburtenziffer aufweisen, wobei die DDR bis 1970 regelmäßig unter den Werten der Bundesrepublik lag. Nach 1970 unterschritten die Geburtenziffern der Bundesrepublik diejenigen der DDR und erreichten die niedrigsten Werte der Welt. Die Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs, die in der DDR 1972 erfolgte, traf mit einem weiteren Sinken der Geburtenrate 1973 in der DDR zusammen. Es ist aber anzumerken, daß die zahlenmäßige Entwicklung der Geburtenziffern in der DDR keine Auswirkung der Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs erkennen läßt; das Absinken der Geburtenziffer nach der Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs fügt sich zwanglos in den generell absinkenden Trend ein, ohne daß ein besonderer Knick nach unten festzustellen wäre. Auch nach der Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs liegt die DDR in ihrer Geburtenziffer in gleicher Weise wie in den Vorjahren über den Werten für die Bundesrepublik.

Der höchste Wert an Schwangerschaftsabbrüchen wird im Jahr der Liberalisierung erreicht [9]), obwohl das entsprechende Gesetz erst am 9. März des Jahres 1972 in Kraft tritt. Auch im Folgejahr ist die Zahl der Abbrüche noch sehr hoch, jedoch schon geringer als 1972. Dieser Rückgang hat sich bis in die jüngste Zeit fortgesetzt. Der Anteil der Schwangerschaftsabbrüche, gemessen an der Zahl der Lebendgeborenen, ist ebenfalls deutlich gesunken. Diese Daten lassen übereinstimmend die Interpretation zu, daß nach einem anfänglichen Ausnutzen der liberalisierten Gesetzgebung eine deutliche Abnahme in der Abbruchshäufigkeit aufgetreten ist.

1975 ist erstmals ein geringer Anstieg in der Zahl der Geborenen festzustellen. 1976 und 1977 weisen einen erheblichen Anstieg auf, so daß man annehmen kann, daß der Trend zu geringerer Fruchtbarkeit zu einem Stillstand gekommen ist [10]). Insgesamt kommt man zu dem Ergebnis, daß gerade die Entwicklung in der DDR ein ausgezeichnetes Beispiel dafür ist, daß eine Liberalisierung der Abtreibung ohne Auswirkung auf die Geburtenzahlen bleibt.

13.4.2 Dänemark

Dänemark weist in den letzten beiden Jahrzehnten eine nahezu gleichbleibende Geburtenziffer auf. Seit 1964 ist – ohne daß Reformen hinsichtlich der Gesetzgebung über den Schwangerschaftsabbruch wirksam geworden wären – ein stetiges Ansteigen der Abbruchszahlen zu vermerken. Ein Einfluß auf die Geburtenrate ist nicht festzustellen. Eine Erweiterung der sozialen Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch im Jahre 1970 traf sogar mit einem leichten Anstieg der Geburtenziffer in den Folgejahren zusammen. Eine der Fristenlösung entsprechende Gesetzgebung besteht seit 1973.

Aus der Anhangstabelle wird deutlich, daß die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche je 1000 fruchtbare Frauen von 1968 bis 1972 ständig zugenommen hat, und zwar durchschnittlich um 21 % pro Jahr. Zwischen 1972 und 1974 erfolgte eine stärkere Zunahme (um ca. 37 %), jedoch ist die von 1974 bis 1976 zu verzeichnende Zunahme um 3 % jährlich auffällig gering. Entsprechendes gilt für die Entwicklung des Anteils an Abbrüchen, bezogen auf 100 Lebendgeborene. Auch für Dänemark scheint zuzutreffen, daß die Freigabe der Interruptio zunächst zu einer relativ hohen Abbruchszahl führt, daß sich diese aber dann auf einen gewissen Wert einpendelt, der als typisch angesehen werden kann. Da auch für Dänemark kein Kausalzusammenhang zwischen der Zahl der Schwangerschaftsabbrüche und der Zahl der Geburten festzustellen ist, kann man davon ausgehen, daß der Anstieg nach der gesetzlichen Freigabe größtenteils darauf zurückzuführen ist, daß nur noch legal, aber nicht mehr illegal eine Schwangerschaft abgebrochen wird.

[8]) Vgl. Kapitel 4.3.6 Die Klientel der Beratungsstellen und Schwangerschaftskonfliktberatung in öffentlicher Trägerschaft.

[9]) Vgl. Tabelle am Ende dieses Kapitels.

[10]) Zum Versuch einer Erklärung dieser Entwicklung vgl. auch Kapitel 14, Schwangerschaftsabbruch und flankierende Maßnahmen in der DDR.

13.4.3 Schweden

Auch Schweden zeigt – auf niedrigerem zahlenmäßigen Niveau – keine nennenswerten Veränderungen der Geburtenziffer in den letzten beiden Jahrzehnten. 1963 wurde in Schweden die embryopathische (eugenische) Indikation eingeführt, die zwar zu einem Anstieg der Abbruchszahlen führte, jedoch nicht in der Geburtenrate der Gesamtbevölkerung spürbar wurde. Eine Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs erfolgte erst 1975. Die Entwicklung der Häufigkeit der Schwangerschaftsabbrüche in Schweden zeigt ein leichtes Ansteigen zu Beginn der 60er Jahre. Ende der 60er und Anfang der 70er Jahre nimmt die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche schneller zu, wird aber nicht beeinflußt von der Freigabe des Abbruchs im Jahre 1975.

13.4.4 Finnland

Finnland unterscheidet sich von den anderen skandinavischen Ländern dadurch, daß es in dem betrachteten Zeitraum zunächst noch eine für europäische Verhältnisse relativ hohe Geburtenziffer aufwies, die jedoch in den letzten zwanzig Jahren ständig bis auf ein im Vergleich zu anderen europäischen Ländern recht niedriges Niveau abgesunken ist. Die liberale Handhabung der sozialen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch seit 1970 liegt somit zeitlich in einer Phase ohnehin absinkender Geburtenraten; es läßt sich aber in der Geburtenkurve kein Knick erkennen, der mit diesem Ereignis kausal verbunden werden könnte. Bemerkenswert ist für Finnland, daß schon seit 1967 – also schon vor der Reform – ein Anstieg der Abbruchszahlen zu erkennen ist, wobei das Maximum um den Zeitpunkt der Reform (1971 bis 1973) erreicht wird. Seit 1974 hat die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche beständig abgenommen. Da keine wesentlichen Auswirkungen zunächst der Zunahme, dann der Abnahme der Schwangerschaftsabbrüche auf der Geburtenseite festzustellen sind, liegt es nahe, daß es sich bei der Zunahme der Abbrüche besonders Anfang der 70er Jahre entweder um eine Verlagerung von Abbrüchen aus dem illegalen in den legalen Bereich und/oder um solche handelt, die aufgrund einer weniger sorgfältigen Handhabung antikonzeptiver Maßnahmen notwendig wurden; die dann einsetzende Abnahme der Schwangerschaftsabbrüche ist möglicherweise der 1972 aufgenommenen speziellen Beratungstätigkeit der sog. Gesundheitszentren zuzuschreiben; in diesen Zentren ist die Einsetzung von IUDs sowie die anfängliche Versorgung mit Antibaby-Pillen kostenlos.

13.4.5 Großbritannien

Die Entwicklung der Geburtenziffer in Großbritannien entspricht seit 1950 weitgehend den Verhältnissen in der Bundesrepublik. Das gilt sowohl für das zahlenmäßige Niveau als auch für den Verlauf der Geburtenkurve.

Nach 1964 findet sich ein leichtes Absinken, das sich fast gleichmäßig ohne nennenswerte Sprünge bis in die Gegenwart fortsetzt, wobei jedoch nach 1964 das zahlenmäßige Niveau regelmäßig über dem der Bundesrepublik liegt. Besonders auffällig ist, daß die Reform der Gesetzgebung 1968 (großzügig gehandhabte Indikationenlösung) sich auf die Entwicklung der Geburtenziffer nicht auswirkte. Während in anderen Ländern Europas das Absinken der Geburtenziffern ständig weiterging, findet sich in England in den drei Jahren nach Inkrafttreten des Abortion Act eher eine Konsolidierung der Geburtenrate. Erst im vierten Jahr nach Einführung der neuen Regelung sinkt sie entsprechend dem allgemeinen Trend in Europa etwas ab. Dieser Befund ist deshalb bemerkenswert, weil die weitgefaßte Indikationenregelung in England die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche seit 1968 erheblich ansteigen ließ. Dieser Anstieg einerseits und die Tatsache andererseits, daß die Geburtenrate dadurch nicht nennenswert beeinflußt wurde, legt den Gedanken nahe, daß es sich hierbei um eine Zunahme der legalen auf Kosten der illegalen Abbrüche handelt. Die auch aus anderen demographischen Bereichen bekannte „Trägheit" des Verhaltens, bzw. im Verhaltenswandel der Bevölkerung, läßt erwarten, daß auch die Verlagerung der Aborte aus dem illegalen in den legalen Bereich nicht schlagartig, sondern im Verlauf eines mehrjährigen Prozesses erfolgt.

Seit 1974 ist die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche deutlich gesunken, ohne daß jedoch Auswirkungen auf die Geburtenziffer sichtbar wären. Der erwähnte Rückgang in der Abbruchshäufkgkeit kann mit den oben erwähnten Verhältnissen in Finnland parallelisiert werden, denn seit 1974 wurden Beratung über Antikonzeptiva und deren Erwerb kostenlos.

Im Anschluß an die bisher dargestellten westlichen Länder seien noch zwei osteuropäische Staaten, Ungarn und Rumänien, hier angeführt, die besonders deswegen von Interesse sind, weil in ihnen eine Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs schon Mitte der 50er Jahre stattfand. Die Auswirkung dieser Regelung auf die Geburtenziffer führte zu unterschiedlichsten bevölkerungspolitischen Maßnahmen und entsprechenden demographischen Folgen.

13.4.6 Ungarn

In Ungarn bewegte sich die Geburtenziffer Anfang der 50er Jahre um einen Wert von 20. 1956 wurde der Schwangerschaftsabbruch freigegeben. In den folgenden sechs Jahren nahm die Geburtenrate ständig ab und erreichte 1962 ein Minimum. In den Folgejahren stieg dann jedoch die Geburtenziffer gleichmäßig wieder an bis etwa 1968 und stabilisierte sich dann auf Werte um 15. Mit dem Absinken der Geburtenziffer war eine Zunahme der Schwangerschaftsabbrüche zu verzeichnen. Vier bis fünf Jahre nach der Reform hatte sich die Anzahl der Abbrüche jedoch stabilisiert, und seit 1970 geht sie sogar zahlenmäßig zurück. Dennoch führte man in Ungarn 1974 restriktive gesetzliche Maßnahmen ein, die – da weder die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche gestiegen noch die Geburtenziffer gesunken war – nur aus einem generellen Trend zu einer pronatalistischen Bevölkerungspolitik zu erklären sind.

13.4.7 Rumänien

Rumänien hatte zu Beginn der 50er Jahre eine im Vergleich zu den Industrienationen Europas relativ hohe Geburtenziffer. 1957, also ein Jahr nach Ungarn, wurde in Rumänien der Schwangerschaftsabbruch legalisiert. Es ist in diesem Zusammenhang anzumer-

ken, daß sich das Maximum der Geburtenziffer in Rumänien 1954/55 findet und daß schon bis zum Jahre 1957 ein leichtes Absinken der Geburtenziffer festzustellen war. Diese Tendenz setzte sich regelmäßig fort. In Anbetracht der Tatsache, daß orale Antikonzeptiva in Rumänien ebenso wie Intrauterin-Pessare keine nennenswerte Rolle spielten, ist es in diesem Fall nicht auszuschließen, daß das Absinken der Geburtenrate zum Teil auch über den Weg des Schwangerschaftsabbruchs realisiert wurde.

Die Zahl der Abbrüche stieg seit der Liberalisierung ständig und erreichte 1965 mit 252,3 Abbrüchen auf 1000 fruchtbare Frauen ein Maximum. In der zweiten Hälfte der 60er Jahre erreichte Rumänien eine Geburtenrate, die zwar noch etwas über der von Ungarn, jedoch deutlich unter der der westeuropäischen Länder lag. Bevölkerungspolitische Bedenken waren Anlaß, 1966 den Schwangerschaftsabbruch mit Ausnahme einer engen medizinischen Indikation zu untersagen. Da gleichzeitig keine zuverlässigen Kontrazeptiva zur Verfügung standen und außerdem eine massive pronatalistische Bevölkerungspolitik einsetzte, kam es zu einem sprunghaften Anstieg der Geburtenziffer, die sich von 1966 auf 1967 nahezu verdoppelte. Dieser Befund wird vielfach als Beweis dafür angesehen, daß eine Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs zwangsläufig zu einem Geburtenrückgang führen müsse.

Dieses Phänomen behält jedoch nur isoliert gesehen, nicht aber in einem größeren zeitlichen Zusammenhang seine Gültigkeit. Die weitere Entwicklung zeigt nämlich, daß trotz aller Schwierigkeiten, die für die Bevölkerung in diesem Land bestehen, Antikonzeption zu betreiben, dennoch die Geburtenraten ein gleichmäßiges stetiges Absinken bis 1974 zeigen. In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, daß sich die Säuglingssterblichkeit nach dem Verbot des Schwangerschaftsabbruchs beträchtlich erhöhte. Hierbei spielt die Späteinlieferung von Säuglingen mit schweren Pflegeschäden eine besondere Rolle. Es liegt nahe, daß es sich hierbei vorzugsweise um ungewollte Kinder handelt. Es kann also eine Beziehung zwischen Geburtenziffer und Schwangerschaftsabbruch bestehen bzw. sich unter bestimmten Bedingungen bilden, auf der anderen Seite wird jedoch deutlich, daß diese Beziehung keineswegs zwangsläufig ist, etwa dergestalt, daß eine Liberalisierung oder ein Verbot des Schwangerschaftsabbruchs nun regelmäßig auch zu Auswirkungen auf der Geburtenseite führen muß. Das Primäre ist ganz offensichtlich die Entscheidung der Familien und der Frauen, eine bestimmte Kinderzahl zu realisieren, und sie werden sich dazu der Möglichkeiten bedienen, die sich anbieten. Die jüngste Entwicklung in Rumänien zeigt jedenfalls eindeutig, daß die Bevölkerung ihre Wünsche nach einer geringeren Kinderzahl auch bei einer äußerst restriktiven Handhabung des Schwangerschaftsabbruchs und einer Erschwerung anderer kontrazeptiver Maßnahmen zu realisieren weiß.

13.5 Die Konsequenzen der im Ausland gesammelten Erfahrungen für die Bundesrepublik Deutschland

Zusammenfassend läßt sich aus dem Ländervergleich folgendes ableiten:

a) Ein direkter Kausalzusammenhang zwischen der Zahl der Schwangerschaftsabbrüche und der Geburtenziffer kann für die von uns analysierten Länder nicht aufgezeigt werden.

b) Der seit Mitte der 60er Jahre in den Industrienationen eingetretene Geburtenrückgang scheint vielmehr, trotz weitgehender Liberalisierung der Schwangerschaftsabbrüche in diesem Zeitraum, in jüngster Zeit zu stagnieren.

c) Bei Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs ist zunächst damit zu rechnen, daß die Zahl der Abbrüche über eine Periode von ein bis drei Jahren steigen wird. Die Befunde aus England und Finnland legen es nahe, daß die kostenlose Beratung über Kontrazeption sowie die kostenlose Vergabe von Antikonzeptiva ein Absinken der Abbruchshäufigkeit nach sich zieht. Es kann daher angenommen werden, daß die Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs, zunächst durch die „Umsteiger" von illegalen auf legale Eingriffe zu einer hohen Abbruchszahl führt. Diese kann aber durch gleichzeitige kostenlose Vergabe von Mitteln wie auch durch intensive Beratung über Antikonzeption in ihrem Umfang nachhaltig gedämpft werden.

d) Die analysierten Daten zeigen, daß die Häufkgkeit der Schwangerschaftsabbrüche in den einzelnen Ländern annähernd gleich ist. Nur dort, wo eine kostenlose Vergabe von Antikonzeptiva gegeben ist, liegen die Abbruchszahlen unter denen anderer Länder.

Geburtenziffer und Abtreibungshäufigkeit verschiedener Länder

Land und Raten	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Dänemark											
Geb.-Ziffer	18,4	16,8	15,3	14,6	14,4	15,2	15,2	14,3	14,1	14,2	12,9
Rate	5,8	6,4	6,1	7,4	7,6	10,0	11,5	16,2	24,1	26,9	25,8
Ratio	7	8	8	10	11	13	18	23	35	39	41
DDR											
Geb.-Ziffer	15,7	14,8	14,3	14,0	13,9	13,8	11,8	10,6	10,6	10,8	11,6
Rate	7,1	7,2	6,8	6,1	6,2	6,0	33,1	32,2	28,8	25,2	22,0
Ratio	8	8	8	8	9	9	57	62	55	49	41
Schweden											
Geb.-Ziffer	15,8	15,4	14,3	13,5	13,7	14,1	13,8	13,5	13,4	10,8	12,0
Rate	4,7	6,2	7,0	8,8	10,2	12,2	15,2	16,0	18,5	20,1	20,1
Ratio	6	8	10	13	14	17	22	24	28	31	33
Finnland											
Geb.-Ziffer	16,7	16,8	15,9	14,6	14,0	13,3	12,7	12,2	13,3	14,2	14,0
Rate	5,1	5,4	6,0	7,8	13,8	18,9	21,4	22,4	21,7	20,5	18,7
Ratio	7	7	9	12	24	34	38	41	37	32	30
Großbritannien											
Geb.-Ziffer	17,7	17,3	16,9	16,3	16,0	16,0	14,8	13,8	13,2	12,4	12,1
Rate	2,3	2,9	2,4	5,3	8,1	10,1	11,5	11,4	11,2	10,9	10,2
Ratio	3	3	3	6	10	13	15	16	17	17	17
Ungarn											
Geb.-Ziffer	13,6	14,6	15,1	15,0	14,7	14,5	14,7	15,0	17,8	18,4	17,5
Rate	82,8	83,1	88,8	90,6	83,5	81,3	77,5	73,4	44,1	41,4	40,9
Ratio	131	121	131	134	130	122	117	108	55	49	51
Rumänien											
Geb.-Ziffer	14,3	27,4	26,3	23,3	21,1	19,6	18,8	18,1	20,3	19,7	19,5
Rate	218,7	46,0	48,8	56,9	63,9	71,9	82,7	81,3			
Ratio	305	33	45	58	71	84	99	93			

Rate: Abtreibungen auf 1 000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren.
Ratio: Abtreibungen auf 100 Lebendgeborene.

14 Schwangerschaftsabbruch und flankierende Maßnahmen in der DDR

14.1 Gesetzliche Bestimmungen

In der DDR wurde mit dem „Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft" vom 9. März 1972 die Fristenlösung eingeführt. Vorher galt das „Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau" vom 27. September 1950, das nur eine medizinische Indikation für den Abbruch zuließ (§ 11 Abs. 1 MKSchG). Um ihn vornehmen zu lassen, war die Entscheidung einer Gutachterkommission erforderlich (§ 11 Abs. 2 MKSchG). Da die einzelnen örtlichen Kommissionen zu unterschiedlichen Urteilen kamen und weil man eine „übertriebene Enge in der Beurteilung der gesundheitlichen Schädigung" beseitigen sowie den psychosozialen Faktoren der Gesundheit bei der Abwägung mehr Gewicht verschaffen wollte, erging vom Ministerium für Gesundheitswesen am 15. März 1965 die „Instruktion zur Anwendung des § 11 des MKSchG". Durch sie wurde eine soziale, „nämlich prophylaktisch-medizinische", Indikation für zulässig erklärt. Später nahm der Gesetzgeber die erlaubte Schwangerschaftsunterbrechung durch Ärzte und den Abbruch durch die Frau selbst aus den Strafgesetzen heraus. Im Strafgesetzbuch der DDR vom 12. Januar 1968 werden nur noch die Fremdabtreibung und darauf gerichtete beeinflussende und unterstützende Handlungen aufgeführt (§§ 153 bis 155) [1].

In der Präambel des „Gesetzes über die Unterbrechung der Schwangerschaft" [2] heitß es:

> Die Gleichberechtigung der Frau in Ausbildung und Beruf, Ehe und Familie erfordert, daß die Frau über die Schwangerschaft und deren Austragung selbst entscheiden kann. Die Verwirklichung dieses Rechts ist untrennbar mit der wachsenden Verantwortung des sozialistischen Staates und aller seiner Bürger für die ständige Verbesserung des Gesundheitsschutzes der Frau, für die Förderung der Familie und der Liebe zum Kind verbunden.

In diesen Rahmen ist die generelle Fristenlösung gestellt (§ 1 des Gesetzes):

> (1) Zur Bestimmung der Anzahl, des Zeitpunktes und der zeitlichen Aufeinanderfolge von Geburten wird der Frau zusätzlich zu den bestehenden Möglichkeiten der Empfängnisverhütung das Recht übertragen, über die Unterbrechung einer Schwangerschaft in eigener Verantwortung zu entscheiden.
>
> (2) Die Schwangere ist berechtigt, die Schwangerschaft innerhalb von zwölf Wochen nach deren Beginn durch einen ärztlichen Eingriff in einer geburtshilflich-gynäkologischen Einrichtung unterbrechen zu lassen.
>
> (3) Der Arzt, der die Unterbrechung der Schwangerschaft vornimmt, ist verpflichtet, die Frau über die medizinische Bedeutung des Eingriffs aufzuklären und über die künftige Anwendung schwangerschaftsverhütender Methoden und Mittel zu beraten.

14.2 Verfahen

Will eine Frau eine Schwangerschaftsunterbrechung durchführen lassen, wendet sie sich an ihren Haus- oder Betriebsarzt, an einen Facharzt für Frauenkrankheiten oder an die zuständige Schwangerschaftsberatungsstelle [3]. Die für die Durchführung von Abbrüchen geeigneten staatlichen Krankenhäuser sind verpflichtet, den Abbruch auch vorzunehmen. (Eine Verpflichtung für den einzelnen Arzt, sich zu beteiligen, besteht dagegen nicht.) Innerhalb der ersten zwölf Wochen ist eine Verweigerung nur bei Vorliegen einer klaren Gegenindikation möglich. Als Kontraindikation gilt auch, wenn seit der letzten Unterbrechung weniger als sechs Monate vergangen sind. Konfessionelle Krankenhäuser sind von der Verpflichtung, einen Abbruch vorzunehmen, ausgenommen. Wird von der Frau der begründete Wunsch geäußert, den Eingriff nicht in der für den Wohnsitz zuständigen staatlichen gynäkologischen Einrichtung vornehmen zu lassen, so ist durch den einweisenden Arzt die Durchführung in einer anderen Einrichtung zu sichern [4].

Die vorgeschriebene Belehrung über den Eingriff und seine möglichen Folgen wird dazu genutzt, daß die Frau ihre Entscheidung noch einmal überdenken kann.

> Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes sind die physischen, psychischen und sozialen Aspekte in ihrer medizinischen Bedeutung zu berücksichtigen. Bei jugendlichen Schwangeren, Erstschwangeren und solchen Frauen, die zum wiederholten Male um die Vornahme einer Schwangerschaftsunterbrechung ersuchen, ist eine besondere Sorgfalt in der Aufklärung über den operativen Eingriff, seine gesundheitlichen Auswirkungen und möglichen Spätfolgen, sowie über die Anwendung schwangerschaftsverhütender Methoden und Mittel erforderlich [5].

Die Vorbereitung, Durchführung und Nachbehandlung der Unterbrechung sind dem Erkrankungsfall gleichgestellt (§ 4 Abs. 1 des Gesetzes) und damit für die sozialversicherte Frau kostenfrei. **Kontrazeptiva**

---

[1] Vgl. hierzu und zu den übrigen gesetzlichen Bestimmungen: Ministerium für Gesundheitswesen und Akademie für Ärztliche Fortbildung der Deutschen Demokratischen Republik (Hrsg.): Mütter-, Kinder- und Jugendgesundheitsschutz, Berlin (DDR) 1978.

[2] Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik, Teil I Nr. 5, 1972, S. 89.

[3] Durchführungsbestimmung zum Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft vom 9. März 1972. Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik, Teil II Nr. 12, 1972, S. 149.

[4] Instruktion zur Durchführungsbestimmung zum Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft. In: Ministerium für Gesundheitswesen, a.a.O. S. 106.

[5] A.a.O. S. 107.

werden an sozialversicherte Frauen ebenfalls **kostenfrei** abgegeben (§ 4 Abs. 2 des Gesetzes). Abbrüche werden nur stationär vorgenommen – mit einer Verweildauer im Krankenhaus zwischen fünf und sieben Tagen. In etwa 80 % der Fälle wird die Absaugmethode angewandt. Auf die stationäre Durchführung wird die geringe Komplikationsrate bei der Interruptio in der DDR zurückgeführt. Sterilisationen sind durch Verordnung [6]) auf „Ausnahmefälle" beschränkt.

14.3 Motive zum Abbruch

Über die Motive für einen Abbruch der Schwangerschaft wurde von der Frauenklinik der Leipziger Univesität eine Befragung von rund 2500 Frauen durchgeführt [7]). Das Durchschnittsalter der Frauen, die einen Abbruch wünschten, lag bei 28,5 Jahren, also relativ hoch. 15 % waren unter 20 Jahre alt, 21,1 % zwischen 21 und 25 Jahren und 63,9 % älter als 25 Jahre. Bei 18,6 % der Frauen handelte es sich um ungelernte oder angelernte Arbeiterinnen, 51,4 % waren Facharbeiterinnen u. ä., 7,3 % Angestellte, 11,4 % hatten einen Hoch- oder Fachschulabschluß, 7,8 % waren noch Schülerinnen oder Lehrlinge und 2,5 % Studentinnen. Über zwei Drittel der Patientinnen waren verheiratet. Fast 80 % der befragten Frauen hatte bereits Kinder; das heißt, daß bei 20 % Erstschwangeren eine Unterbrechung vorgenommen wurde (was wegen möglicherweise zu erwartender Spätfolgen ungern gemacht wird). Dagegen hatten 28,3 % der Frauen ein Kind; 30,5 % zwei; 12,9 % drei; 4,4 % vier und 3,5 % mehr als vier Kinder. Dem Durchschnitt in der DDR entspricht es, daß 82,5 % der befragten Frauen berufstätig waren.

Als Gründe (oft mehrere) für den Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch wurden angegeben: 32,6 % der Frauen wollten keine Kinder mehr, 22,4 % fühlten sich zu jung, um Kinder zu erziehen, 20,9 % gaben familiäre Gründe an. Bei 18,1 % der Befragten entsprachen die Altersabstände zwischen den bereits vorhandenen Kindern nicht ihren individuellen Vorstellungen; 15,6 % führten schlechte Wohnverhältnisse an. 6,3 % hatten keine Unterbringungsmöglichkeiten für das Kind. 15,3 % wünschten einen Abbruch, um eine Aus- oder Weiterbildung abzuschließen, und 14,5 % hatten gesundheitliche Beweggründe.

14.4 Entwicklung der Abbruchs- und Geburtenzahlen

Schwangerschaften werden in der DDR erheblich häufiger abgebrochen als in der Bundesrepublik Deutschland [7a]). Das Ausgangsniveau im Jahr der Legalisierung war sehr hoch.

Die Abbruchziffern haben sich seit der gesetzlichen Neuregelung im Verhältnis zu den Geburtenzahlen wie folgt entwickelt:

Legale Schwangerschaftsabbrüche in der DDR

	Legale Aborte	Aborte je 1 000 Einwohner	Einwohner in 1 000	Aborte je 1 000 Geborene	Lebendgeborene	Aborte je 1 000 fertile Frauen	Fruchtbarkeitsziffer	Natalität je 1 000 der Bevölkerung
1972	114 000	6,7	17 011	568,7	200 443	33,1	58,6	11,8
1973	110 000	6,5	16 951	614,5	180 336	32,1	52,3	10,6
1974	99 681	5,9	16 891	556,5	179 127	28,7	51,7	10,6
1975	87 750	5,2	16 820	482,7	181 798	26,0	52,1	10,8
1976	81 923	4,9	16 767	419,0	195 483	23,3	55,6	11,6
1977	80 145	4,8	16 758	350,0	223 200	22,9	62,8	13,3

Die in der Tabelle ersichtliche Tendenz dürfte sich 1978/79 fortgesetzt haben. Die Geburtenzahl erhöhte sich im Jahr 1978 auf 232 136.

Auch wenn man bei den Geburten berücksichtigt, daß in den letzten Jahren nach der Altersstruktur der weiblichen Bevölkerung geburtenstarke Jahrgänge die Lebensphase maximaler Fertilität erreicht haben, zeigt die Fruchtbarkeitsziffer doch eine Umkehr des mehrjährigen Trends seit 1976 an. In der Bundesrepublik ist das bisher nicht so. Deshalb hat der Anstieg der Geburtenzahlen in der DDR parallel zum Rückgang der Schwangerschaftsabbrüche besondere Aufmerksamkeit in der Bundesrepublik gefunden.

14.5 Flankierende Maßnahmen

Für die Gesundheitspolitiker der DDR besteht ein enger Zusammenhang zwischen den Auswirkungen der gesetzlichen Neuregelung sowie der Praxis des Abbruchs einerseits und den sozialen Bedingungen andererseits, welche den „Willen zum Kind" und die „bewußte Elternschaft" fördern. Man sieht in den veränderten Zahlen eine positive Auswirkung der flankierenden sozialpolitischen Maßnahmen, vor allem des 1976 beschlossenen Sozialprogramms [8]).

[6]) Instruktion über die irreversible Kontrazeption bei der Frau vom 21. April 1969, a.a.O. S. 110 ff.

[7]) Vgl. Waltraud Müller-Dietz: Bevölkerungsreproduktion und Familienplanung in der DDR. Osteuropa-Institut an der Freien Universität Berlin. Mitteilungen des Medizinischen Literaturdienstes 10 (1978) Nr. 3, S. 44.

[7a]) Vgl. die Zahlen im internationalen Vergleich, Kapitel 16.1.

[8]) Auch bei der Informationsreise von Kommissionsmitgliedern in die DDR, die eine Vielzahl interessanter und informativer Aspekte vermittelte, wurde von Vertretern der DDR diesem Zusammenhang besonderes Gewicht beigemessen.

14.5.1 Förderung berufstätiger Mütter

An „Maßnahmen zur weiteren Förderung berufstätiger Mütter" führte das Programm ein [9]):

1. Ab Verkündung dieses Beschlusses wird der Schwangerschafts- und Wochenurlaub von bisher 18 Wochen auf 26 Wochen bei Zahlung des vollen Nettodurchschnittsverdienstes verlängert.
2. Werktätige Mütter haben bei der Geburt des zweiten und jedes weiteren Kindes ab Verkündung dieses Beschlusses die Möglichkeit, wenn sie ihr Kleinstkind in eigener häuslicher Pflege selbst betreuen wollen, im Anschluß an den Schwangerschafts- und Wochenurlaub bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres des Kindes bezahlte Freistellung in Anspruch zu nehmen. Für diese Zeit werden Geldleistungen in Höhe des Krankengeldes, jedoch monatlich bei zwei Kindern mindestens 300 Mark und bei drei und mehr Kindern mindestens 350 Mark, gezahlt. Mütter, die infolge der Geburt eines Kindes ihre Berufstätigkeit unterbrechen mußten, weil ihnen kein Krippenplatz bis zum 3. Lebensjahr des Kindes zur Verfügung gestellt werden konnte, und die in diesem Zeitraum ein weiteres Kind zur Welt bringen, haben die Möglichkeit, einen Zuschuß in Höhe von 200 Mark zu beantragen. Mütter, die teilbeschäftigt waren, erhalten diese Beiträge anteilig.

Das Lohnersatzgeld in Form einer „Mütterunterstützung" für die Zeit der Unterbrechung der Berufstätigkeit wird also bis zum Ende des dritten Lebensjahres des Kindes gezahlt, sofern kein Krippenplatz nachgewiesen werden kann [10]).

Den Frauen wird die Rückkehr an den Arbeitsplatz bzw. auf einen gleichwertigen nach ihrem „Babyjahr" gewährleistet. Fast alle in Frage kommenden berufstätigen Mütter machen von der Möglichkeit der Freistellung Gebrauch. Da nun ab 1976 gerade die Zahl der zweiten und weiteren Kinder zunimmt (der Geburtenanstieg ist im wesentlichen darauf zurückzuführen), ist der Zusammenhang der Geburtenentwicklung mit den sozialpolitischen Maßnahmen deutlich [11]).

Schwangeren, Müttern mit Kindern bis zu einem Jahr und alleinstehenden Frauen mit Kindern bis zu drei Jahren darf in der DDR nicht gekündigt werden. Den vollbeschäftigten Müttern mit zwei oder mehr zum eigenen Haushalt gehörenden Kindern bis zu 16 Jahren ist seit 1. Mai 1977 die 40-Stunden-Woche ohne Lohnminderung garantiert. Vollbeschäftigten alleinstehenden Frauen ab 40. Lebensjahr mit eigenem Haushalt wird seit 1977 ein monatlicher Hausarbeitstag gewährt, der vorher bereits verheirateten Frauen und Frauen mit Kindern im Haushalt zustand.

14.5.2 Kinderreiche Familien

Besonderes Augenmerk wird den Familien mit drei und mehr Kindern gewidmet [12]). Sie erhalten mehr Urlaub, werden bei der Vergabe von Neubauwohnungen bevorzugt, bekommen Mietzuschüsse, Vergünstigungen bei der Inanspruchnahme von Dienstleistungen, Erholungseinrichtungen, Ferienplätzen usw. Frauen mit fünf und mehr Kindern, die keinen Rentenanspruch durch Berufstätigkeit haben, erhalten eine eigene Altersrente. Insgesamt bemüht man sich, die Arbeitsbedingungen der berufstätigen oder in Ausbildung befindlichen Frauen so zu verbessern, daß sie für Mütter günstig sind. Die öffentlichen Aufwendungen für Mutterschaft in der DDR sind insgesamt hoch. 1977 wurden, bezogen auf die Zahl der geborenen Kinder, Schwangerschafts-, Wochengeld und Geburtenbeihilfe in Höhe von 3800 Mark gezahlt. 1970 waren es erst 1650 Mark [13]). Die finanziellen und materiellen Vergünstigungen haben außer zur Zunahme insbesondere der Zahl der 3. Kinder dazu geführt, daß das durchschnittliche Heiratsalter gesunken ist.

14.5.3 Hilfen bei der Geburt eines Kindes

Bei der Geburt jedes Kindes zahlt der Staat eine Beihilfe in Höhe von 1000 Mark. Man hat ihre Auszahlung daran gebunden, daß die Mutter die Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangeren- und in der Mütterberatungsstelle in Anspruch nimmt. Das Kindergeld in der DDR beträgt entsprechend der Zahl der dem Haushalt angehörenden wirtschaftlich noch nicht selbständigen Kinder für das erste Kind monatlich 20 Mark, für das zweite Kind 20 Mark, für das dritte Kind 50 Mark, für das vierte Kind 60 Mark, für das fünfte und jedes weitere Kind 70 Mark.

Bereits seit 1972 können junge Ehepaare bis zum 26. Lebensjahr bei einem gemeinsamen Bruttoeinkommen bis 1400 Mark (der durchschnittliche Monatsverdienst in der DDR liegt unter 1000 Mark) für die Beschaffung und Einrichtung einer Wohnung zweckgebundene zinslose Kredite in Höhe von 5000 Mark mit einer Laufzeit von acht Jahren bekommen. Die Rückzahlungssumme verringert sich bei der Geburt des ersten Kindes um 1000 Mark, bei der Geburt des zweiten Kindes um 1500 Mark und mit dem dritten Kind um den Restbetrag von 2500 Mark. 1977 wurde bei 57,7 % aller eingegangenen Ehen die Möglichkeit der Kreditaufnahme in Anspruch genommen. Das sind nahezu alle Berechtigten.

14.5.4 Kinderbetreuung

Neben diesen finanziellen Regelungen ist als flankierende Maßnahme in der DDR der umfassende Ausbau der institutionellen Kinderbetreuung in den letzten

[9]) Gemeinsamer Beschluß des Zentralkomitees der SED, des Bundesvorstandes des FDGB und des Ministerrates der DDR über die weitere planmäßige Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen der Werktätigen im Zeitraum 1976 bis 1980 vom 27. Mai 1976. „Neues Deutschland" v. 29./30. Mai 1976.

[10]) Vgl. Verordnung zur Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten – SVO – vom 17. November 1977, §§ 46 bis 49. In: Ministerium für Gesundheitswesen, a.a.O., S. 54 ff.

[11]) Heinz Vortmann: Geburtenzunahme in der DDR – Folge des „Babyjahrs". Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung (DIW Berlin) 3/1978, S. 227.

[12]) Vgl. Verordnung über die Gewährung eines staatlichen Kindergeldes sowie die Besondere Unterstützung kinderreicher Familien und alleinstehender Bürger mit drei Kindern vom 4. Dezember 1975. In: Ministerium für Gesundheitswesen, a.a.O., S. 75 ff.

[13]) Heinz Vortmann, a.a.O., S. 215.

Jahren zu erwähnen. Um die Berufstätigkeit der Frau zu fördern und auf dem unter den Industriestaaten höchsten Niveau zu halten, war die Schaffung von Tageseinrichtungen für Kinder schon immer eine vorrangige Aufgabe. Ende 1977 waren von 100 Kindern bis zu drei Jahren 60 in Krippen und von 100 Kindern im Vorschulalter 94 in Kindergärten untergebracht. 1971 waren die entsprechenden Zahlen 28 und 64. Der Kostenbeitrag der Eltern ist gering. Er liegt bei 30 bis 40 Mark im Monat für den Krippenplatz. In Verbindung mit den Schulen ist die Unterbringung der Kinder im Hort bei Berufstätigkeit der Eltern häufig. Drei Viertel der Schüler in den ersten vier Klassen besuchen den Schulhort. Weitere Krippen-, Hort- und auch Kindergartenplätze werden laufend geschaffen.

Neben der quantitativen Vermehrung der Plätze wird der qualitativen Verbesserung der Betreuung in den Tagesstätten zunehmend Bedeutung beigemessen.

Es ist ein eigener Ausbildungsgang für Krippenpädagogen eingerichtet worden. Nach in der DDR angestellten Untersuchungen ist nicht zu erkennen, daß die Entwicklung der Kinder unter dem Aufenthalt in der Krippe leidet bzw. gelitten hat. Die Krippenversorgung der Kleinkinder wird von der Bevölkerung allgemein akzeptiert und geschätzt. Das ist mit eine Bedingung dafür, daß Nachteile der institutionellen Früherziehung gegenüber der Familienerziehung nicht ausgemacht werden, sofern die Eltern ihr Kind abends und am Wochenende emotional gut versorgen. Immerhin hat die Einführung des „Babyjahres" auch den von den Frühpädagogen gesehenen Vorteil, daß Kinder im 1. Lebensjahr seltener in die Krippe kommen.

Man schätzt die Bedeutung der Familienerziehung für eine gesunde Entwicklung der Jugend heute höher ein als in der Vergangenheit. Der Dauerunterbringung von Kindern in Heimen steht man auch in der DDR kritisch gegenüber und sucht sie zu vermeiden. Die Vermittlung von „familiengelösten" Kindern in Adoption wird gefördert. Dabei besteht, wie in der Bundesrepublik, in der DDR ein Mißverhältnis zwischen der großen Zahl der Bewerber um ein an Kindes statt anzunehmendes Kind und der Zahl der zur Adoption freigegebenen Kinder. Im Zuge des Ausbaus der Tagesstätten und mit dem „Babyjahr" ist die Nutzung von Vollheimen (Säuglings- und Kinderheimen) für den Zweck der Unterbringung von Kindern berufstätiger Frauen zurückgegangen. Die früher häufige Unterbringung von Kleinkindern von Montag bis Freitag in sogenannten „Wochenkrippen" wird immer mehr von der Tagesbetreuung abgelöst.

Eine genehmigte Familientagespflege gibt es so gut wie nicht (insgesamt nur einige hundert Plätze in der DDR). Einmal sind bei dem hohen Anteil berufstätiger Frauen solche Plätze kaum zu bekommen, zum anderen steht der private Charakter der Tagespflege einer staatlichen Förderung wohl entgegen.

Spezielle Mutter-Kind-Heime zur Versorgung alleinstehender Frauen mit ihren Kindern werden nur noch im Einzelfall benötigt. Der beschleunigte Wohnungsbau im allgemeinen und die bevorzugte Zuweisung von Wohnungen für den genannten Personenkreis haben hier für Abhilfe gesorgt. In bestehenden Betriebs- und Studentenwohnheimen stellt man sich auf die Benutzung durch Mütter mit Kindern mehr als früher ein. Für Zwecke der Sozialfürsorge und der Jugendhilfe werden in der DDR derzeit noch zwei zentrale Mutter-Kind-Heime genutzt. Sie sind mit ausgesprochenen Problemfällen belegt.

„Frauenhäuser" als Zufluchtstätte für mißhandelte Frauen gibt es verständlicherweise in der DDR nicht; soweit hier ein Problem vorliegt, versucht man es über die Arbeitskollektive und die gesellschaftlichen Organisationen zu lösen.

14.5.5 Beratungsangebote

An Beratungsangeboten gibt es in der DDR bereits seit längerem ein ausgebautes Netz von Schwangeren- und Mütterberatungsstellen. Unter Mütterberatung wird eine „Spezialsprechstunde" der poliklinischen Fachabteilung für Pädiatrie zur Überwachung der gesundheitlichen Entwicklung der Säuglinge und Kleinkinder bis zu drei Jahren und zur Durchführung erforderlicher prophylaktischer Maßnahmen verstanden. Mütterberatungen werden auch in Gesundheitseinrichtungen der Wohngebiete von Fachärzten für Kinderheilkunde als Außensprechstunden durchgeführt" [14]).

Anfang 1979 gab es 9874 Mütterberatungsstellen in der DDR. Wegen der gesetzlichen Regelung des Abbruchs entfällt eine besondere Schwangerschaftskonfliktberatung, wie sie in der Bundesrepublik erforderlich ist. Schwangerenberatungsstellen gibt es etwa 1000 in der DDR [15]). Hinzu kommen Ehe- und Familienberatungsstellen sowie – als deren medizinischer Zweig – Ehe- und Sexualberatungsstellen [16]). Zu den Aufgaben der Schwangerenberatungsstellen gehört auch die Vermittlung vierwöchiger Kuren für werdende Mütter in einem der 14 Schwangerenerholungsheime in der DDR. Sie sind kostenlos. Es werden dafür vor allem solche Frauen ausgewählt, die zu Komplikationen neigen, sowie Mütter, die bereits mehrere Kinder haben. – Die Beratungsstellen wirken ferner mit bei der Vorbereitung Jugendlicher auf Ehe und Familie. Die Mitarbeiter gehen zu diesem Zweck in die Schulen, bzw. es werden besondere Veranstaltungen in Zusammenarbeit mit der FDJ, der URANIA und verschiedenen Eheschulen durchgeführt.

14.6 Einschätzung der Maßnahmen

Die vielfältigen finanziellen, materiellen und institutionellen Maßnahmen, die in der DDR ergriffen wurden, um die Bereitschaft zum Kind zu fördern und die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in Grenzen zu halten, sind in ihrer Wirkung sicher nicht unabhängig voneinander zu sehen. Vor allem muß der generelle psychosoziale Hintergrund bedacht werden, auf dem sie zur Geltung kommen. Das Bewußtsein, daß im allgemeinen viel für die Förderung der Elternschaft und des Heranwachsens von Kindern getan wird, erleichtert es auch den Gynäkologen, im besonderen Fall den Abbruch vorzunehmen. Die materiellen und finanziel-

[14]) Ministerium für Gesundheitswesen, a.a.O., S. 157.

[15]) Vgl. Richtlinien für die Tätigkeit der Schwangerenberatungsstellen vom 1. August 1964, a.a.O. S., 115 ff.

[16]) Vgl. Richtlinien für die Tätigkeit der Ehe- und Sexualberatungsstellen als medizinischer Zweig der Ehe- und Familienberatung vom 8. Januar 1968, a.a.O., S. 97 ff.

len Unterstützungen sind bezogen auf den Lebensstandard und im Erwartungshorizont der Bevölkerung, bzw. relativ zum erlebten Mangel auf vielen Gebieten, gewichtiger als es entsprechende Hilfen in der Bundesrepublik sein können. Sie können in der Entscheidung **für** ein Kind eine größere Rolle spielen.

Von den Gesundheitspolitikern der DDR wird außerdem auf die verbreitete Kinderfreundlichkeit im Alltagsleben hingewiesen, die durch die langjährige Öffentlichkeitsarbeit des Staates und der gesellschaftlichen Organe zugunsten der jungen Generation verstärkt wurde, ferner auf das Gefühl der sozialen Sicherheit, das durch ungefährdete Arbeitsplätze, die (geforderte und zu erwartende) Hilfestellung für jeden einzelnen durch die Kollektive, denen die Bürger angehören, und die durchschaubare, die Lebensführung erleichternde soziale Ordnung in der DDR unterhalten wird. Atmosphärisch von Einfluß dürfte aber auch die größere Wertschätzung sein, welche die Familie relativ zu früher genießt, und die damit korrespondierende Neigung, sich dem privaten Lebensraum stärker zuzuwenden und vermehrt in ihm – und darin, Kinder zu haben – den Sinn des Daseins zu finden.

15 Erfahrungen im Ausland [1])

15.1 Allgemeiner Vergleich

Seit 1974 sind in über 40 Ländern der Welt Gesetze verabschiedet und Maßnahmen ergriffen worden, die in irgend einer Weise auf das Ziel einer Familienplanung gerichtet sind. Diese Gesetze reflektieren eine kontinuierliche Entwicklung im Hinblick auf die Einstellung der Gesellschaft zur Kontrolle ihrer Fruchtbarkeit. Von den derzeitig angewandten Methoden stehen chirurgische Maßnahmen zur Sterilisation, orale Kontrazeptiva, Kondome und die Einlage von Intrauterinspiralen in der Reihenfolge ihrer Nennung an erster Stelle. Die seit 1974 veränderten gesetzlichen Bestimmungen in vielen Ländern der Welt haben die freiwillige Sterilisation zu einer weit verbreiteten und akzeptierten Methode werden lassen. Bislang haben sich etwa 65 bis 75 Millionen Männer und Frauen freiwillig sterilisieren lassen [2]).

Die Rezeptpflicht für orale Kontrazeptiva ist in zwölf Ländern der Welt in den letzten zwei Jahren aufgehoben worden. Etwa 55 Millionen Frauen benutzen heute diese Methode.

Andere Methoden der Fruchtbarkeitskontrollen stellen die Verwendung von Kondomen oder Intrauterinspiralen dar. Etwa 25 Millionen Kondome wurden im Jahre 1975 benutzt und ca. 15 Millionen Intrauterinspiralen eingesetzt.

Untersuchungen in den USA haben zu der Feststellung geführt, daß selbst in diesem hochindustrialisierten Land mit einem hohen Stellenwert der Familienplanung im Bewußtsein der Bevölkerung von den Frauen, die überhaupt irgend eine Form der Antikonzeption betreiben, nur ca. 36 % orale Kontrazeptiva benutzen und daß bei 23 % eine operative Kontrazeption (Sterilisation) vorliegt, daß dagegen 15 % der Paare Methoden benutzen, die äußerst unsicher sind.

Tabelle 1

Derzeitige Methoden der Fruchtbarkeitskontrolle bei verheirateten Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren, USA 1973

Methoden	%
Orale Kontrazeptiva	36,0
Kontrazeptive Sterilisation	23,5
bei der Frau	(12,4)
beim Mann	(11,1)
Kondom	13,5
IUP	9,6
Chemische Mittel	5,0
Zeitwahl	4,0
Diaphragma	3,4
Coitus interruptus	2,1
Scheidenspülung	0,8
andere	2,1
insgesamt	100

(Westhoff CF: Trends in contraceptive practice: 1965 – 1973. Fam Plann Perspect 8 (2) : 54, 1976)

---

[1]) Die Kommission hatte ein Projekt zum Vergleich der gesetzlichen Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs und der flankierenden Maßnahmen im Ausland mit der Bundesrepublik Deutschland vergeben. Die Ergebnisse waren jedoch nicht hinreichend, um sie im Rahmen dieses Kommissionsberichts zu verwerten. So beschränkt sich dieser Bericht über das Ausland auf allgemein zugängliche Quellen sowie auf Erfahrungen, die Kommissionsmitglieder im Rahmen ihrer Kommissionsarbeit – aber auch auf privater Basis – bei Auslandsreisen gesammelt haben.

[2]) Demand Grows for Sterilisation, Special Issue on Human Settlements. London, International Planned Parenthood Federation, Vol 3, No 2, 1976, p. 33.

Aus diesem Zusammenhang wird deutlich, daß dem Schwangerschaftsabbruch zumindest als „nachbessernder Geburtenkontrolle" weltweit große Bedeutung zukommt, und daß er in einigen Staaten sogar ausdrücklich als Mittel der Geburtenplanung genutzt wird (z. B. in Japan). Entsprechende Eingriffe sind bisher bei mehr als 35 Millionen Frauen vorgenommen worden. Heute leben etwa 60 % der Weltbevölkerung in Ländern, die den Schwangerschaftsabbruch nicht mehr mit Strafe bedrohen. So sind in diesen Ländern Schwangerschaftsabbrüche aus sozialen oder ökonomischen Gründen oder auch ohne jede spezifische Begründung möglich, meist innerhalb einer bestimmten Frist [3]).

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs.

Die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche, die in den Jahren 1976 und 1977 den Gesundheitsbehörden der verschiedenen Staaten gemeldet wurde, kann nachfolgender Tabelle 3 entnommen werden.

[3]) Abortion law and practice: a status report. Law and Policy. Population Reports, series E, No. 3, March 1976.

Tabelle 2

Gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs (1978)

Freigabe bzw. soz. Indikation	Bedingte Freigabe (eugenische, kriminologische, medizinische Ind.)	vitale Indikation	generelles Verbot
Bulgarien	Äthiopien	Algerien	Ägypten
Bundesrepublik Deutschland	Argentinien	Bangladesh	Belgien
Dänemark	Australien	Elfenbeinküste	Burma
DDR	Brasilien	Guatemala	Dominikanische Rep.
Frankreich	Chile	Irak	Indonesien
Großbritannien	Ecuador	Kambodscha	Kolumbien
Indien	Ghana	Madagaskar	Philippinen
Italien	Griechenland	Malawi	Portugal
Japan	Kamerun	Malaysia	Taiwan
Jugoslawien	Kanada	Niederlande	Zaire
Österreich	Kenia	Nigeria	
Polen	Kuba	Obervolta	
Rumänien	Marokko	Pakistan	
Sambia	Mexiko	Senegal	
Schweden	Nepal	Spanien	
Tunesien	Peru	Sri Lanka	
UdSSR	Republik Korea	Sudan	
Ungarn	Rhodesien	Venezuela	
USA	Schweiz		
Volksrepublik China	Südafrika		
	Syrien		
	Thailand		
	Türkei		
	Uganda		

nach: Population Crisis Committee: World Abortion Trends, April 1979

Tabelle 3

Legale Schwangerschaftsabbrüche in ausgewählten Staaten

Staat	Zahl der Schwangerschaftsabbrüche	
(Rangreihe)	1976	1977
1. USA	988 300	1 079 430
2. Japan	664 100	641 200
3. Indien	214 200	278 000
4. Frankreich	133 900	–
5. Kuba	121 400	–
6. Bulgarien	121 100	–
7. England und Wales[1])	101 900	102 700
8. Ungarn	94 700	89 100
9. Tschechoslowakei	84 600	–
10. DDR	81 900	–
11. Kanada	54 500	57 600
12. Bundesrepublik Deutschland	–	54 300
13. Schweden	32 400	31 200
14. Dänemark	26 800	25 700
15. Tunesien	20 300	21 200
16. Finnland	19 800	–
17. Niederlande	16 000	–
18. Singapur	15 500	16 400
19. Norwegen	14 800	15 500
20. Schottland	7 200	7 300
21. Neuseeland	4 700	–

[1]) Nur Einwohner.

Quelle: CDC Abortion Surveillance 1977; C. Tietze: Induced Abortion: 1979, A Population Council Fact Book (3rd ed). New York, The Population Council, 1979.

Bei dieser Auflistung nach der Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen ist festzustellen, daß – gemessen an der absoluten Zahl der vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche – die Bundesrepublik Deutschland den 12. Platz einnimmt. Vor der Bundesrepublik sind Länder wie die Vereinigten Staaten, Frankreich, England oder die Deutsche Demokratische Republik aufgeführt, die Skandinavischen Staaten und Finnland geben dagegen eine geringere Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen an.

Zur Beurteilung der Bedeutung des Schwangerschaftsabbruchs für eine Gesellschaft sind diese absoluten Zahlen jedoch nicht von allzugroßer Bedeutung, sie müssen vielmehr zu anderen statistischen Angaben über die Bevölkerung in Bezug gesetzt werden. In Tabelle 4 wird eine Rangfolge nach der Häufigkeit des Schwangerschaftsabbruchs, bezogen auf je 1000 Frauen im gebärfähigen Alter und bezogen auf 1000 Lebendgeburten vorgenommen (abortion rate bzw. abortion ratio).

Tabelle 4

Legale Schwangerschaftsabbrüche

Staat	je 1 000 Frauen zwischen 15 bis 44 Jahren		je 1 000 Lebendgeburten	
	1976	1977	1976	1977
1. Bulgarien	64,5	–	854	–
2. Kuba	61,0	–	–	–
3. Ungarn	41,5	39,2	–	–
4. Singapur	27,5	28,4	371	–
5. Tschechoslowakei	26,8	–	294	–
6. Dänemark	25,8	24,4	427	–
7. Japan	24,9	24,1	372	–
8. DDR	23,3	–	392	–
9. USA	20,6	22,2	303	–
10. Schweden	20,0	19,2	334	329
11. Norwegen	19,0	19,7	275	325
12. Finnland	18,6	–	300	–
13. Tunesien	16,8	16,8	98	–
14. Frankreich	12,4	–	183	–
15. England und Wales	10,6	10,6	180	179
16. Kanada	10,3	10,6	151	–
17. Neuseeland	7,3		83	–
18. Schottland	6,9	6,9	116	–
19. Niederlande	5,5	–	–	–
20. Bundesrepublik Deutschland	4,1	–	93	–
21. Indien	1,7	2,2	9	11

Quelle: CDC Abortion Surveillance 1977; C. Tietze: Induced Abortion: 1979, A Population Council Fact Book (3rd ed). New York, The Population Council, 1979.

Bei diesem Vergleich mit den relevanten Bezugsgrößen wird deutlich, daß die Bundesrepublik Deutschlang im internationalen Vergleich den vorletzten Platz einnimmt. Selbst bei Hinzurechnung der Schwangerschaftsabbrüche, die deutsche Frauen in Holland durchführen lassen, ändert sich die Reihenfolge nicht wesentlich.

Bei der Zuordnung des Schwangerschaftsabbruchs zu dem Alter der Frau läßt sich feststellen, daß in der Bundesrepublik Deutschland Schwangerschaftsabbrüche bei Frauen unter 19 Jahren wesentlich seltener durchgeführt werden als beispielsweise in den Vereinigten Staaten, Kanada, England, Schweden und Norwegen [4]).

[4]) Vgl. hierzu auch Kapitel 3.4.2.

Tabelle 5

Prozentuale Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche nach Alter der Frau 1977 oder 1976

Staat	bis 19	20 bis 24	25 bis 29	30 bis 34	35 bis 39	40 und mehr
1. Kanada	30,8	30,3	19,4	11,2	5,8	2,5
2. Tschechoslowakei (1976)	6,9	23,7	28,7	22,3	13,2	5,2
3. Dänemark	18,0	21,6	20,6	20,9	13,0	5,9
4. England und Wales	27,8	23,7	19,1	14,2	10,2	5,0
5. Finnland (1976)	19,8	25,6	19,0	13,8	12,1	9,7
6. DDR (1976)	13,5	20,5	19,2	19,5	19,8	7,5
7. Bundesrepublik Deutschland	11,3	18,8	22,0	18,8	18,8	10,3
8. Ungarn	10,7	22,3	22,2	19,3	16,5	8,0
9. Japan	2,1	15,5	27,4	25,9	19,3	9,8
10. Norwegen	24,6	24,1	18,1	16,1	10,8	6,3
11. Schottland (1976)	29,6	23,3	16,8	12,8	11,3	6,2
12. Singapur	8,1	27,6	27,5	17,9	11,9	7,0
13. Schweden	21,6	22,5	20,8	18,0	11,1	6,0
14. Tunesien (1976)	2,1	16,4	25,6	23,4	21,9	10,6
15. USA	30,8	34,5	18,5	9,4	4,7	1,7

Quelle: CDC Abortion Surveillance 1977; C. Tietze: Induced Abortion: 1979, A Population Council Fact Book (3rd ed). New York, The Population Council, 1979

Vergleicht man die Methoden des Schwangerschaftsabbruchs, so zeigt sich, daß die Absaugmethode (Saugcurettage) in einigen westlichen Ländern häufiger angewandt wird, als in der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 6

Prozentuale Verteilung der Methoden des Schwangerschaftsabbruchs

Staat	Jahr	Saugcurettage	Curettage	Salzlösung	Prostaglandin	Hysterotomie	Hysterektomie	andere Methoden
Kanada	1977	82,2	9,1	4,0	2,8	0,9	0,2	0,8
Dänemark	1976	85,4	10,9	0,8	1,0	0,9	— 1,0 —	
England und Wales	1975	75,5	15,9	— 6,6 —		1,6	0,3	0,1
Bundesrepublik Deutschland	1977	48,9	43,9	— 3,9 —		1,8	1,5	0,0
Ungarn	1975	2,7	96,8	— 0,4 —		—	0,1	—
Indien	1972 bis 1974	23,8	52,2	11,6	—	10,8	— 1,6 —	
Schottland	1976	70,0	10,6	—	—	2,9	— 16,5 —	
Schweden	1977	92,4	0,5	— 6,2 —		—	0,9	—
USA	1976	84,4	9,4	4,8	1,2	— 0,2 —		0,4
	1977	— 93,8 —		3,8	1,6	0,1	0,1	0,7

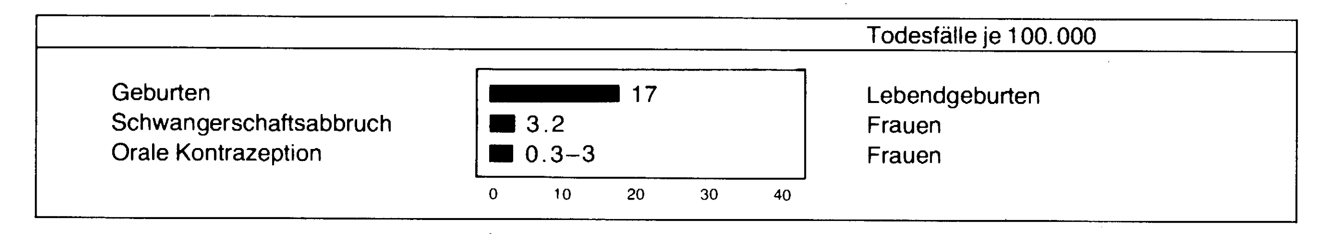
Quelle: CDC Abortion Surveillance 1977; C. Tietze: Induced Abortion: 1979, A Population Council Fact Book (3rd ed). New York, The Population Council, 1979

Auch in der Bundesrepublik ist jedoch ein Trend zur verstärkten Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen nach dieser Methode zu verzeichnen [5]). Die kombinierte medikamentös-chirurgische Methode des Schwangerschaftsabbruches mit Prostaglandinen wird in Dänemark, Kanada und den USA deutlich weniger häufig angewandt als in der Bundesrepublik. Auffallend ist dies, weil die Verwendung von Prostaglandinen zum Schwangerschaftsabbruch im 2. Schwangerschaftsdrittel gerade in den USA vor einigen Jahren stark propagiert wurde. Aufgrund der inzwischen bekannt gewordenen ernsten Nebenwirkungen hat das „Center for Disease Control" (CDC) in den USA eine spezielle Studie (JPSA) [6]) durchgeführt und festgestellt, daß die Prostaglandin-Anwendung mit größeren Risiken belastet ist als die operative Entleerung der Gebärmutter nach Dilatation mit Laminaria-Stiften [7]).

Die Risiken einiger Methoden der Fruchtbarkeitskontrolle sind in einer Tabelle jenen gegenübergestellt, die bei Geburt und Wochenbett das Leben von Frauen bedrohen.

Tabelle 7

Mortalität infolge von Geburt, Schwangerschaftsabbruch und oraler Kontrazeption [8])



Im Vergleich dazu liegt das Risiko eines tödlichen Verkehrsunfalls bei 27,5 auf 100 000 Todesfälle, bezogen auf die Gesamtbevölkerung.

Mit der Legalisierung des Schwangerschaftsabbruches ist das Sterberisiko des operativen Abbruches sehr deutlich zurückgegangen. So unterscheidet sich nach amerikanischen Untersuchungen die Sterblichkeit des induzierten legalen Abbruches kaum von dem des spontanen Fruchtabganges. Der illegal induzierte Abbruch weist dagegen eine deutlich höhere Sterblichkeit auf.

---

[5]) Vgl. Kapitel 7.2.1.

[6]) Joint Programme for the Study of Abortion, Center for Disease Control, vgl. C. W. Tyler, W. Cates, D. A. Grimes: The Benefits, Risks and Controversies in Pregnancy Termination: An Overview, in: John J. Sciarra et. al., Risks Benefits, and Controversies in Fertility Control, Northwestern University, 1978, S. 390.

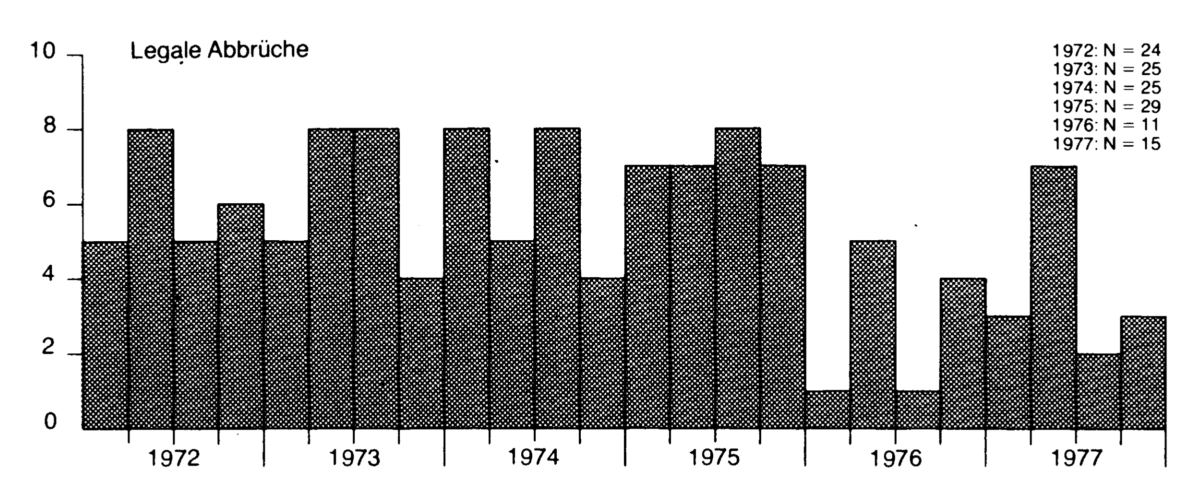
[7]) Risiko einer Ausschabung liegt bei 0,7 auf 100, das von Prostaglandinen bei 1,8 auf 100.

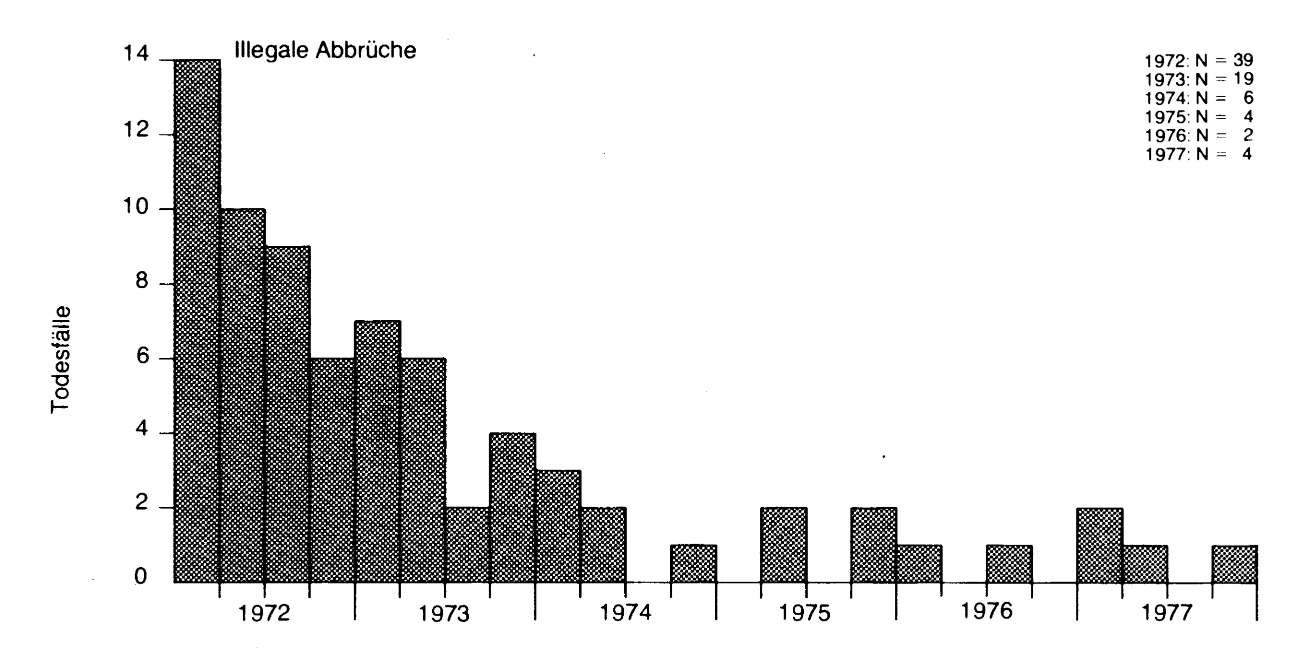
[8]) Nach Angaben des US Department of Health, Education, and Welfare.

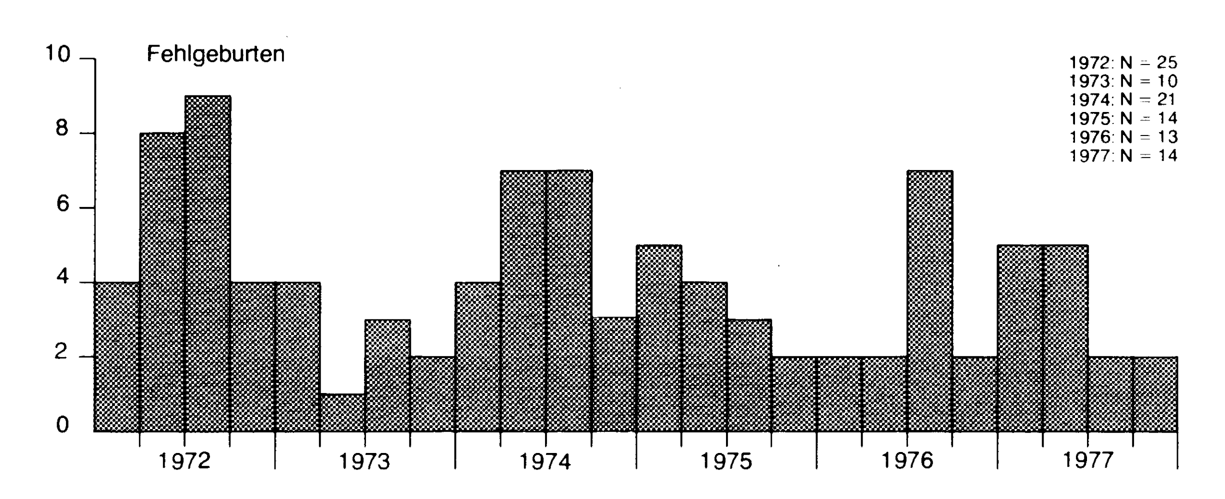
Tabelle 8



Todesfälle nach Aborten in den USA, in den Quartalen der Jahre 1972 bis 1977







Eine Analyse der Todesfälle zeigt, daß in den Bundesstaaten, die bis 1972 eine sehr restriktive Gesetzgebung hatten, und in denen daher Schwangerschaftsabbrüche illegal vorgenommen wurden, die Mortalität bei diesem Eingriff sehr hoch war. Nach der Entpönalisierung des Schwangerschaftsabbruchs, die aufgrund einer Entscheidung des obersten amerikanischen Bundesgerichts (Federal Supreme Court) erfolgte, werden illegale Schwangerschaftsabbrüche kaum mehr vorgenommen, so daß die absoluten Mortalitätsziffern stark gesunken sind. Im Hinblick auf die absoluten Zahlen unterscheidet sich die Mortalität nach legalem Abbruch kaum von der des spontanen Fruchtabgangs.

Die Vergleichswerte in der Tabelle 8 sind die Zahlen für das Jahr 1972, in dem es noch nicht überall möglich war, einen legalen Schwangerschaftsabbruch zu erzielen, und das Jahr 1977, in dem sich die Entpönalisierung allgemein durchgesetzt hatte.

Die Diskrepanz zwischen der Mortalität nach legalem und illegalem Abbruch wird am deutlichsten aus dem 1. Quartal 1972, in dem illegale Schwangerschaftsabbrüche dreimal so viele Todesfälle verursachten, wie legale Abbrüche. Nachdem legale Schwangerschaftsabbrüche ermöglicht worden waren, sanken die Todesfälle bei illegalen Abbrüchen von 39 im Jahr 1972 auf nur vier Todesfälle im Jahr 1977. Rechnet man legale und illegale Abbrüche zusammen, so konnten die Sterbefälle nach Schwangerschaftsabbrüchen im gleichen Zeitraum von 63 auf 19 gesenkt werden.

Aus einer Analyse des amerikanischen ‚Population Crisis Committee' (1978) geht hervor, daß die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in einem Land nicht von der gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs abhängig ist. So war trotz eines völligen Verbots die Zahl der tatsächlich vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche in Belgien, Burma, Kolombo, Indonesien, den Philippinen und Taiwan sehr hoch. Italien, Portugal und Uruguay hatten nach Schätzungen in den letzten sieben Jahren die höchsten Abbruchsquoten der Welt, obwohl der Schwangerschaftsabbruch zu dieser Zeit noch in all diesen Ländern illegal war. Auch die Tabelle 8 zeigt deutlich, daß Frauen in die Illegalität ausweichen, wenn sie keine legale Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs vorfinden [9]), obwohl die gesundheitlichen Risiken dadurch ganz erheblich erhöht werden. Das „Population Crisis Committee" stellt fest, daß in Ländern, die Schwangerschaftsabbrüche verbieten und in denen es auch an Möglichkeiten der Familienplanung mangelt, die medizinischen Komplikationen nach Schwangerschaftsabbrüchen „epidemieartige Dimensionen" angenommen haben. In diesen Ländern sei das Auftreten schwerer Komplikationen nach illegalen Abbrüchen die häufigste Todesursache für Frauen im gebärfähigen Alter.

Während die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche also durch restriktive gesetzliche Regelungen nicht gesenkt werden kann, sinkt sie in Ländern, die Mittel einer effizienten Familienplanung zur Verfügung stellen und denen es gelingt, die Bereitschaft und Befähigung zur Familienplanung zu verstärken.

[9]) Vgl. dazu auch die Schilderung der demographischen Konsequenzen im Kapitel 13, besonders im Auslandsvergleich, Kapitel 13.4.7.

15.2 Vergleich mit dem benachbarten Ausland

15.2.1 Niederlande [10])

Die Situation in den Niederlanden ist ein Beispiel dafür, wie Gesetzesnorm und reales Verhalten im Fall des Schwangerschaftsabbruchs voneinander abweichen. Nach § 251 des niederländischen Strafgesetzbuches ist der Schwangerschaftsabbruch als „Sittlichkeitsverbrechen" strafbar, die Vornahme durch einen Arzt gilt sogar als Straferschwernis. Trotz verschiedener Gesetzentwürfe ist es bisher nicht zu einer Änderung dieser Strafrechtsbestimmungen gekommen. Dennoch kann jede Frau, die einen Schwangerschaftsabbruch wünscht, ihn ohne Schwierigkeiten bei einem Arzt durchführen lassen, d. h. unter optimalen medizinischen Bedingungen und daher mit einem sehr viel geringeren Gesundheitsrisiko als bei illegalen Schwangerschaftsabbrüchen durch medizinische Laien. Die Arbeit der ambulanten Einrichtungen für Schwangerschaftsabbrüche, die vorwiegend von der STIMEZO geleitet werden, wird kaum behindert.

Die STIMEZO (Stichting Medisch Verantwoorde Zwangerschapsonderbreking) wurde 1971 als gemeinnützige Stiftung gegründet [11]). Es war ursprünglich nicht geplant, daß die „Kliniken" der STIMEZO zu einer dauerhaften Einrichtung werden sollten, sie waren vielmehr als Wegbereiter für eine größere Bereitschaft gedacht, an den vorhandenen Kliniken und Krankenhäusern Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen. Die große Inanspruchnahme durch Frauen aus dem In- und Ausland sowie die guten Erfahrungen mit der ambulanten Durchführung von Abbrüchen führten jedoch dazu, daß diese Einrichtungen sich fest etablierten.

Die ambulante Vornahme des Eingriffs bedingt, daß Abbrüche nur bis zur 12. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden. Schwangerschaftsabbrüche jenseits dieses Zeitraums werden meist in Krankenhäuser überwiesen, erst seit einem relativ kurzen Zeitraum verfügt die STIMEZO auch über Einrichtungen, die einen kurzen stationären Aufenthalt ermöglichen.

Die Patientinnen kommen auf Überweisung des Hausarztes oder Gynäkologen. Zum Aufnahmegespräch und der Erhebung der Vorgeschichte gehört auch eine Kontrazeptionsberatung. Der Eingriff wird dann mit der Absaugmethode vorgenommen, sofern erforderlich nach Dehnung (Dilation) des Muttermundes. Wenn die Dehnung nicht erforderlich ist, kann oft auch auf eine regionale Betäubung verzichtet werden, eine allgemeine Betäubung ist ungebräuchlich. Der Eingriff dauert nur einige Minuten, und nach einer Ruhepause von ein bis zwei Stunden kann die Patientin in Begleitung entlassen werden. Von den Frauen wird besonders die

[10]) Die Kommission dankt der STIMEZO und besonders Drs. Schnabel für die sehr ausführliche Information über deutsche Frauen, die Abbrüche an holländischen Kliniken vornehmen lassen. Sie wurde bei einer Informationsreise durch die Niederlande unterstützt, und Herr Schnabel, Schriftführer der STIMEZO, nahm außerdem an einer Anhörung teil.

[11]) Die Gründung von Einrichtungen zum ambulant durchzuführenden Schwangerschaftsabbruch ähnelt dem kurz zuvor auf gemeinnütziger Basis in England gegründeten Nuffield Nursing Home Trust.

freundliche Behandlung hervorgehoben. Der überweisende Arzt erhält einen Bericht über den durchgeführten Eingriff und wird gebeten, die notwendigen Nachuntersuchungen vorzunehmen.

In der ‚Klinik' selbst können sog. sekundäre Frühkomplikationen nicht erfaßt werden, da diese in einem Krankenhaus des Heimatortes behandelt werden [12]).

Der frühzeitige Abbruch (meist vor der 10. Schwangerschaftswoche) und die Anwendung der Absaugmethode lassen jedoch die Auffassung der STIMEZO berechtigt erscheinen, daß die Komplikationsrate sehr niedrig ist.[12a])

Die bei der STIMEZO beschäftigten Ärzte sind durchweg niedergelassene Ärzte für Allgemein-Medizin. Sie sind im Unterschied zu Pflegekräften und Beratern als Teilzeitkräfte angestellt. Die Berater werden von STIMEZO in einer eigenen Ausbildung geschult.

Die Kosten eines in den Einrichtungen der STIMEZO vorgenommenen Schwangerschaftsabbruchs werden von Krankenkassen oder Versicherungen im allgemeinen nicht übernommen. Sie sind niedrig (ca. 300 DM), schwierige wirtschaftliche Verhältnisse werden berücksichtigt, und die Kosten werden gegebenenfalls sogar erlassen.

Seit 1977 führt die STIMEZO eine vollständige statistische Erhebung über die in ihren Einrichtungen vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche durch. Für die Jahre 1974 und 1975 wurden Stichproben erhoben, die gewisse Schätzungen zulassen.

Die Tabelle 9 gibt Auskunft über die Zahl der im Jahr 1977 durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche.

Tabelle 9

Die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in den Niederlanden, geordnet nach Nationalitäten

Land	I	II
Niederlande	13 000	13 000 (+ 4 500 in Krankenhäusern)
Belgien und Luxemburg	7 000	12 000
Frankreich	1 000	1 500
Bundesrepublik Deutschland	45 000	55 000 bis 60 000
übrige Länder (Italien, Spanien etc.)	1 500	2 000

Spalte I: Daten der STIMEZO.
Spalte II: Daten der STIMEZO ergänzt mit den Schätzzahlen der Einrichtungen, die sich nicht an der ständigen statistischen Erhebung beteiligen.

Bemerkenswert ist an dieser Tabelle, daß von den ca. 93 000 Abbrüchen nur ca. 17 500 bei inländischen Frauen durchgeführt werden.

Mit der faktischen Liberalisierung wurde zunächst und nur für eine kurze Zeit ein Anstieg der Abbruchszahlen bei inländischen Frauen festgestellt. Daß die Zahlen seit 1974 gleichbleibend sind, ist nach Auffassung der STIMEZO auf die sehr wirksame Kontrazeptionsberatung in Holland zurückzuführen.

Tabelle 10

Schwangerschaftsabbrüche bei holländischen Frauen[13])

1971	15 000 bis 18 000
1972	20 000 bis 22 000
1973	20 000 bis 22 000
1974	17 000 bis 18 000
1975	15 000 bis 16 000
1976	15 000
1977	16 500

Der weitaus größte Teil der Frauen, die in Holland einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, kam aus dem Ausland, am häufigsten aus der Bundesrepublik Deutschland [14]).

Die Motive der Frauen, nach Holland zu fahren, sind vielfältig. Eine gewisse Anzahl von Frauen ist von vornherein nicht bereit, sich dem Verfahren in Deutschland zu unterwerfen, weil sie Diskriminierungserwartungen haben, die dazu führen, daß sie eine gewisse Anonymität und eine Distanz zum Wohnort vorziehen. Auch der in Deutschland vorgeschriebene Weg über mehrere Instanzen (Indikation, Beratung, Abbruch) mag viele abschrecken [15]). Es darf jedoch nicht übersehen werden, daß keineswegs alle Abbrüche, die deutsche Frauen in Holland durchführen lassen, illegal sind. Vielmehr ist aus Berichten von Fachleuten der STIMEZO bekannt, daß auch Frauen mit der Indikationsbescheinigung eines deutschen Arztes nach Holland fahren, weil es für sie in der Nähe ihres Wohnortes keine Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs nach der Notlage-Indikation oder keine Mög-

[12]) Zur Erfassung sekundärer Frühkomplikationen vgl. auch Kapitel 7.3.2.

[12a]) Die STIMEZO führt seit einiger Zeit Erhebungen über Komplikationen durch, deren Ergebnisse eine solche Aussage bestätigen.

[13]) Die Zahlenangaben wurden einem Vortrag von Frau A. M. Goudsmit entnommen.

[14]) Die Zusammensetzung dieser Gruppe kann aus Kapitel 3.6 entnommen werden.

[15]) Vgl. dazu in Kapitel 9, Erfahrungen von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen im Ausland.

lichkeit eines ambulanten Schwangerschaftsabbruchs gibt.

Obwohl noch immer eine beträchtliche Anzahl deutscher Frauen in den Niederlanden einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen läßt, zeigt sich an den sinkenden Zahlen, daß sich die Reform des § 218 allmählich auswirkt. Es ist damit zu rechnen, daß sich dieser Trend weiter fortsetzt.

Tabelle 11

Schwangerschaftsabbrüche an deutschen Frauen in Holland [15a])

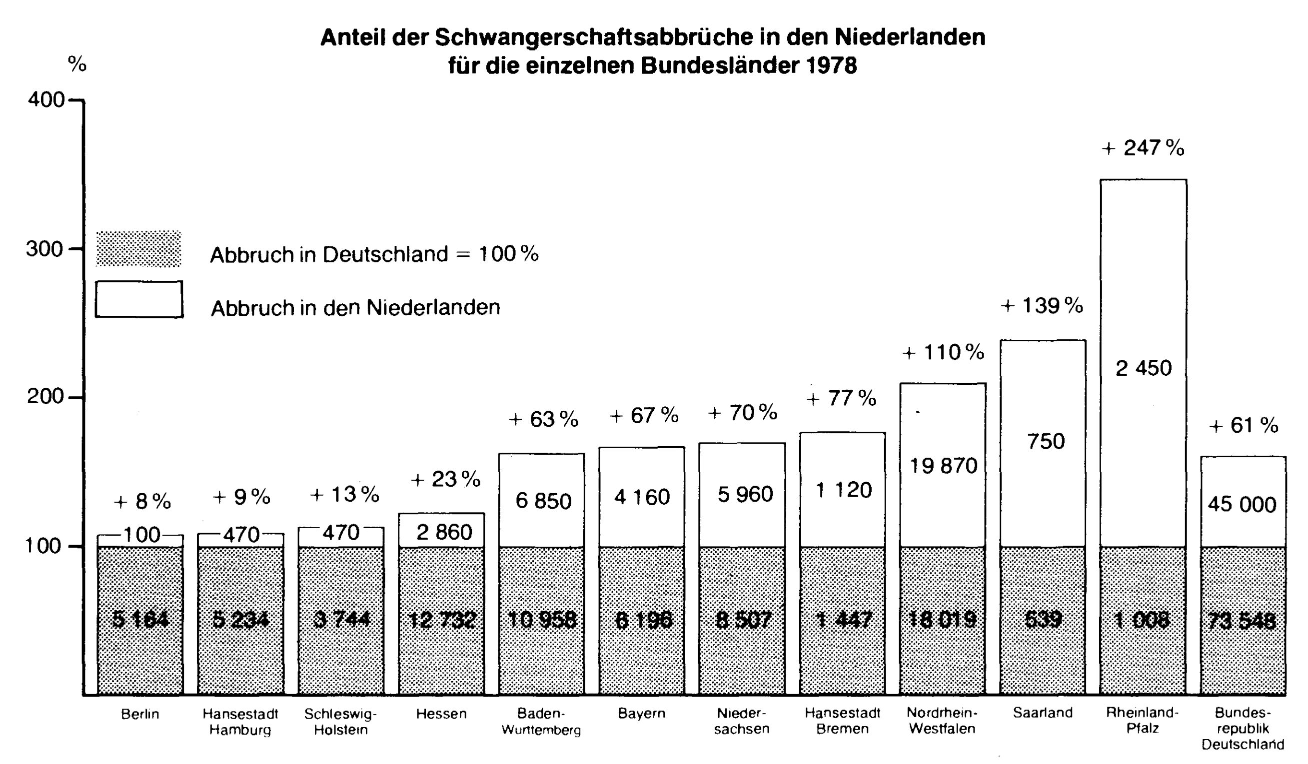
1975	(geschätzt)	61 000
1977		55 000
1978		44 000
1979	(geschätzt)	35 000

[15a]) Diese Zahlen wurden von der STIMEZO Nederland mitgeteilt.

Aus Tabelle 12 wird das Herkunftsland deutscher Abbruchspatientinnen in Holland ersichtlich.

Der prozentuale Anteil von Schwangerschaftsabbrüchen, die nicht im Herkunftsland der Frau, sondern in Holland vorgenommen wurden, ist für Rheinland-Pfalz und das Saarland mit 247 % bzw. 139 % am höchsten. Das benachbarte Nordrhein-Westfalen stellt mit annähernd 20 000 Frauen das größte Kontingent. Für Frauen aus den meist ländlichen Grenzbezirken oder grenznahen Bereichen ist es offensichtlich relativ einfach und problemlos, zu einem Schwangerschaftsabbruch ins Nachbarland zu fahren, besonders, da es sicherlich aus der Zeit vor der Gesetzesreform eine solche „Tradition" gibt. Besonders auffällig ist, daß aus den Stadtstaaten Hamburg und Berlin nur ein sehr geringer Anteil der Patientinnen kommt. Dies entspricht den Erhebungsergebnissen der STIMEZO, die besagen, daß kaum Frauen aus Großstädten zu einem Schwangerschaftsabbruch nach Holland fahren, daß dagegen 37 % der Frauen aus Kleinstädten und 36 % der Frauen aus ländlichen Regionen kommen.

Tabelle 12



Quelle: E. J. Hickl, Hamburger Symposion leitender Krankenhausärzte der Gynäkologie, 2. September 1979

15.2.2 Österreich

In der Bundesrepublik Österreich wurde nach einer langen, teilweise sehr heftig geführten Debatte im Parlament und in der Öffentlichkeit eine Novellierung der strafrechtlichen Bestimmungen, die den Abbruch einer Schwangerschaft regeln, eingeführt. In Österreich bleibt nach der Reform des Gesetzes ein Schwangerschaftsabbruch straffrei, wenn dieser innerhalb der ersten drei Monate der Schwangerschaft von einem Arzt nach voraufgegangener ärztlicher Beratung durchgeführt wird. Schwangerschaftsabbrüche aus medizinischer oder eugenischer Indikation oder bei Unmündigkeit der Schwangeren sind auch dann straffrei, wenn sie nach dem dritten Schwangerschaftsmonat vorgenommen werden.

Die gesetzlichen Bestimmungen stellen daher nach dem vorliegenden Gesetzestext eine Fristenregelung dar. Da auch in Österreich das Weigerungsrecht für Ärzte und Krankenhäuser, am Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken selbstverständlich ist, ist – wie die Praxis gezeigt hat – die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs im Sinne einer Fristenlösung in Österreich nicht überall möglich. In Wien beteiligen sich nur fünf allgemeine und zwei private Krankenanstalten an Schwangerschaftsabbrüchen aufgrund der Fristenregelung. Da in Westösterreich weder die dort vorhandenen vier Universitäts-Frauenkliniken noch andere Fachabteilungen in Allgemeinen Krankenhäusern Schwangerschaftsabbrüche im Sinne der Fristenlösung durchführen, ergibt sich das Bild eines Ost-West-Gefälles.

Statistische Angaben über die Anzahl vorgenommener Schwangerschaftsabbrüche und über mögliche Komplikationen dieser Maßnahmen sind in Österreich nicht zu erhalten, da eine Meldepflicht über die Vornahme eines Schwangerschaftsabbruches gesetzlich nicht geregelt ist. Bekannt sind lediglich die Zahlen von Schwangerschaftsabbrüchen in den Wiener Allgemeinen Krankenhäusern und im Allgemeinen Krankenhaus Linz. In Wien und in Linz wurden etwa 10 000 Abbrüche im Jahre 1976 vorgenommen. Neben den Krankenhäusern in Wien werden aber auch in Privatpraxen zahlreiche Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt. Vorsichtige Schätzungen haben zu der Vermutung veranlaßt, daß in Wien jährlich zwischen 15 000 und 20 000 Eingriffe vorgenommen werden.

Die Übernahme der Kosten des Eingriffes wurden bei der Novellierung der Fristenregelung nicht gesetzlich geregelt. So übernehmen die Krankenkassen die Kosten für den stationären Aufenthalt aus medizinischer Indikation. Bei allen Schwangerschaftsabbrüchen, die im Sinne einer Fristenregelung durchgeführt werden, müssen die oft beträchtlichen Kosten dieses Eingriffes von den Frauen selbst getragen werden.

Nach der Auffassung von A. Seidl [16]) ist die Situation in Österreich auch nach der Reform der strafrechtlichen Bestimmungen in einem hohen Maße unbefriedigend. Dies gelte zum einen für die fehlenden statistischen Daten, zum anderen dafür, daß zwar eine Fristenregelung gesetzlich festgelegt wurde, ihre Durchführung jedoch in weiten Teilen Österreichs nicht möglich ist.

Die öffentliche Diskussion für und gegen den Schwangerschaftsabbruch sei auch heute, fünf Jahre nach Freigabe des Schwangerschaftsabbruches, noch nicht abgeschlossen. Sie wird auch nicht abzuschließen sein, bevor sich nicht Gegner und Befürworter darin einig sind, daß eine verantwortungsvolle Familienplanung nötig ist, und solange flankierende Maßnahmen nicht greifen.

Es ist der Kommission von verschiedenen Seiten mitgeteilt worden, daß auch Frauen aus dem süddeutschen Raum von der Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs in Österreich Gebrauch machen. Angaben über die Größenordnung dieser Inanspruchnahme sind jedoch nicht erhältlich.

15.2.3 Großbritannien

In Großbritannien wurde im Jahr 1967 der „Abortion Act" verabschiedet, nach dem ein Schwangerschaftsabbruch nicht strafbar ist, wenn er nach Zustimmung der betroffenen Frau von einem Arzt durchgeführt wird und wenn die Indikationsfeststellung eines anderen Arztes darüber vorliegt, daß

1. das Austragen der Schwangerschaft das Leben der Schwangeren oder ihre physische und psychische Gesundheit sowie die ihrer Kinder in größerem Ausmaß gefährdet als dies bei einem Abbruch der Schwangerschaft der Fall wäre, oder
2. die Gefahr einer schwerwiegenden Schädigung des Kindes besteht. Wenn
3. der Schwangerschaftsabbruch unmittelbar notwendig ist, um das Leben der Frau zu retten oder um eine schwere bleibende Schädigung zu vermeiden, wird auf die Vorlage der Bescheinigung durch einen anderen als den abbrechenden Arzt verzichtet.

Das Gesetz schreibt keine zeitliche Einschränkung des Schwangerschaftsabbruchs vor, und es fordert auch keine Sozialberatung oder Schwangerschaftskonfliktberatung. Jedoch hat die Königliche Kommission, die beauftragt war, die Erfahrungen mit dem novellierten Gesetz zu sammeln, in dem „Lane Report" [17]) gefordert, eine solche Beratung einzuführen, um den betroffenen Frauen eine bessere Bewältigung ihrer Konfliktsituation zu ermöglichen.

Mit der Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs sind in Großbritannien geburtshilflich-gynäkologische Fachabteilungen im Rahmen des Nationalen Gesundheitsdienstes (NHS) und private Behandlungseinrichtungen befaßt. Der Anteil, der in Hospitälern des NHS durchgeführten Abbrüche zeigte in den letzten Jahren eine stark sinkende Tendenz zugunsten privater Einrichtungen. Augenblicklich werden über 60 % aller in Großbritannien vorgenommenen Abbruchsoperationen ambulant und stationär in privaten zugelassenen Einrichtungen durchgeführt. Im Lane-Report wird die Auffassung geäußert, daß es nicht an der Art der Ausstattung der staatlichen Krankenhäuser liegen könne,

[16]) A. Seidl, 150. Tagung der Mittelrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, 27. Mai 1978, Frankfurt.

[17]) Report of the Committee on the working of the abortion act, Chairman: The Hon. Mrs. Justice Lane, DBE, London, Her Majesty's Stationery Office, April 1974.

wenn das Angebot privater Einrichtungen zur Durchführung des Schwangerschaftsabbruches so deutlich bevorzugt würde. Der auch noch heute festzustellende Widerstand von im Nationalen Gesundheitsdienst beschäftigten Ärzten und Schwestern, auch die häufig dort zu beobachtende Verzögerung des Eingriffes, scheint diese Entwicklung zu bedingen.

Im Gesundheitswesen Großbritanniens sind private Einrichtungen schon immer tätig gewesen. Mit der Verabschiedung des Schwangerschaftsabbruchgesetzes hat das Ministerium für Gesundheit und Sozialwesen (Department of Health and Social Security) private Einrichtungen für die Durchführung von Aborten ebenso zugelassen wie Hilfsdienste zur Schwangerenberatung, und hat Ärzten auch außerhalb des NHS die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen gestattet. Zu den privaten Einrichtungen gehören kommerziell betriebene kleinere Kliniken, die jedoch in den letzten Jahren fast verschwunden sind, wie auch die gemeinnützigen vom Nuffield Nursing Home Trust betriebenen. Diese in London, Birmingham und Brighton zugelassenen Einrichtungen bieten eine umfassende medizinische und soziale Betreuung. Das zur Durchführung des Abbruches notwendige Personal ist im Rahmen von Teilzeitverträgen beschäftigt. Die dort und in einer anderen gemeinnützigen Organisation (British Pregnancy Advisory Service) arbeitenden Ärzte sind hauptberuflich entweder als Hausärzte in eigener Praxis oder als angestellte Ärzte oder Frauenfachärzte beim Nationalen Gesundheitsdienst tätig.

In Kliniken des British Pregnancy Advisory Service wird eine Beratung ähnlich der Schwangerschaftskonfliktberatung durchgeführt. Sie wird jedoch nicht von Fachkräften mit der Ausbildung eines Sozialarbeiters oder einer vergleichbaren Ausbildung vorgenommen, sondern von Laien, die durch die Organisation eine Ausbildung erhalten. Diese Berater sollen ihre Funktion besser und mit größerer Anteilnahme am Schicksal der Frauen wahrnehmen können, als dies von Spezialisten erwartet wird. Die Kosten müssen außerhalb des NHS von der Frau selbst übernommen werden. Die gemeinnützigen Einrichtungen berechneten etwa 50 Pfund für einen Schwangerschaftsabbruch [18]). Für die Erstattung dieses Betrages konnte auch ein Darlehen vom British Pregnancy Advisory Service aufgenommen werden. Der stationäre Aufenthalt (Tagesklinik) beträgt einen Tag. Bei längeren Rückreisen zum Wohnort ist auch eine Übernachtung mit z. B. elterlicher Begleitung möglich.

Obwohl das Gesetz eine Indikationsregelung mit der Bescheinigung der Indikation durch insgesamt zwei Ärzte (indikationsstellender Arzt und abbrechender Arzt) vorsah, wurde in der Praxis der Schwangerschaftsabbruch für jede Frau erreichbar, die ihn anstrebte. Da das Gesetz zur Zeit seiner Reform weit liberaler war – und gehandhabt wurde – als vergleichbare Bestimmungen in den meisten anderen europäischen Ländern, entstand ein Abbruchstourismus, der Frauen aus dem europäischen Ausland, aber auch Frauen aus Schottland und Nordirland betraf [19]).

Die gesetzliche Neuregelung hatte nur in England und in Wales Geltung. Es waren hauptsächlich Privatkliniken daran beteiligt, die z. T. Summen zwischen umgerechnet 2000 und 3000 DM berechneten. Nach der Reform kam es in England zu einem starken Anstieg der Schwangerschaftsabbrüche, deren Zahl sich jedoch nach drei Jahren stabilisierte. Die Abbruchszahlen können nachfolgender Tabelle entnommen werden.

[18]) Dezember 1976, umgerechnet rd. 250 bis 300 DM.

[19]) Dies liegt darin begründet, daß die Reform nur in England und Wales Gültigkeit hatte.

Tabelle 13

Legale Schwangerschaftsabbrüche

Jahr	Gesamtsumme	Einwohner			Nicht-Einwohner		
		NHS	Nicht NHS	Gesamtzahl	NHS	Nicht NHS	Gesamtzahl
1968	23 641	14 492	7 840	22 332	68	1 241	1 309
1969	54 819	33 562	16 267	49 829	166	4 824	4 990
1970	86 565	47 370	28 592	75 962	308	10 295	10 603
1971	126 777	53 455	41 115	94 570	251	31 956	32 207
1972	159 884	56 861	51 704	108 565	225	51 094	51 319
1973	167 149	55 436	55 112	110 568	181	56 400	56 581
1974	162 940	56 076	53 369	109 445	244	53 251	53 495
1975	139 702	50 941	55 283	106 224	206	33 272	33 478
1976	129 673	50 569	51 343	101 912	205	27 556	27 761
1977	132 999	52 000	50 237	102 237	198	30 564	30 762
1978	142 343	55 357	56 698	112 055	207	30 081	30 288

NHS = National Health Service

Unter den Frauen, die ihren Wohnsitz nicht in England hatten, aber einen Schwangerschaftsabbruch dort durchführen ließen, befand sich auch eine größere Zahl deutscher Frauen. Es waren:

1970	3 621
1971	13 560
1972	17 531
1973	11 326
1974	5 991
1975	3 417
1976	2 376

Nach der Gründung der STIMEZO im Jahr 1971 ist zwar noch ein größerer Anstieg zu verzeichnen, im Jahr 1974, also drei Jahre danach, sinkt diese Zahl jedoch ganz erheblich.

Sie lag 1977 unter 2000, so daß heute davon ausgegangen werden kann, daß die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche bei deutschen Frauen nicht mehr ins Gewicht fällt

15.2.4 Die Vereinigten Staaten von Amerika [20])

Seit der im Jahre 1973 getroffenen Entscheidung des Obersten Bundesgerichtes der USA, daß restriktive Bundesländergesetze (Federal state law) mit der Verfassung der Vereinigten Staaten nicht vereinbar sind, ist die Zahl legaler Schwangerschaftsabbrüche stark angestiegen. So haben im Jahre 1977 in den USA mehr als 32 % aller schwangeren Frauen ihre Schwangerschaft durch einen Abbruch beenden lassen. In den Jahren 1973 bis 1977 wurden bei vier Millionen Frauen im geschlechtsreifen Alter fünf Millionen Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt.

Die Zahl der mit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen befaßten Krankenhäuser, Arztpraxen und besonderen Einrichtungen (nonhospital clinics) erfuhr einen Anstieg um 58 % von 1627 im Jahre 1973 auf 2657 für das Jahr 1976. Da die meisten dieser zur Durchführung des Abbruches bereiten Krankenhäuser, Arztpraxen und besonderen Einrichtungen in Ballungszentren lokalisiert sind (2035) und nur eine kleinere Zahl (532) in ländlichen Distrikten arbeitet, wird der Anteil der Frauen in den USA, die zwar einen Abbruch wünschten, dieser aber nicht durchgeführt werden konnte, im Jahre 1977 auf etwa 30 % aller vorgenommenen Abbrüche geschätzt. Im Jahre 1976 mußten etwa 45 000 Frauen aus ihrem Wohnbezirk (country) oder Bundesstaat in entfernter gelegene Regionen reisen, um einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen.

Von allen Einrichtungen, die zur Durchführung eines Abbruches bereit sind, belegen die Krankenhäuser mit etwa 66 % den ersten Rang, danach folgen „nonhospital clinics" mit 18 % und 16 % Arztpraxen. Bei der Anzahl durchgeführter Abbrüche führen mit 61,3 % die „nonhospital clinics" vor den Krankenhäusern mit 35,3 % und den Arztpraxen mit 3,3 %.

Die Konzentrierung der Schwangerschaftsabbrüche in den „nonhospital clinics" (1615 Abbrüche im Jahresdurchschnitt 1976) gegenüber den Krankenhäusern (230 Abbrüche im Jahresdurchschnitt 1976) ist nicht ohne Einfluß auf die Häufigkeit von Komplikationen.

Die von den Gesundheitsbehörden der Bundesstaaten (state health departments) zugelassenen Einrichtungen, die sich nur mit der Durchführung des Schwangerschaftsabbruches befassen, werden von privaten Trägern organisiert, einige von diesen haben als „nonprofit" Organisationen gemeinnützigen Charakter. Alle Einrichtungen verfügen über die notwendige apparative und personelle Ausstattung. Die räumliche Ausgestaltung und die Lokalisation der „nonhospital clinics" bestimmt deutlich den Preis der geleisteten Dienste. Ärztliche und medizinische Leistungen in den USA werden häufiger als in der Bundesrepublik mit Haftpflichtansprüchen konfrontiert. Auch aus diesem Grunde sind in den „nonhospital clinics"Maßnahmen interner Qualitätssicherung deutlich. Um die Zahl von Komplikationen gering zu halten, werden in den „nonhospital clinics" vornehmlich Abbrüche in den ersten sechs bis acht Wochen einer Schwangerschaft vorgenommen und Eingriffe nach der 11. bis 12. Woche sowie alle, die eine Komplikation erwarten lassen, zur stationären Behandlung einem Krankenhaus überwiesen.

Im Jahre 1976 wurden die Kosten eines Schwangerschaftsabbruches bei etwa 279 000 bedürftigen Frauen im Rahmen eines bundesstaatlichen Krankenversicherungsprogramms (Medicaid) ganz oder teilweise übernommen. Die Unterstützung durch Medicaid wird durch einen beantragten Verfassungszusatz (Hyde-Amendment) in Frage gestellt. Präsident Carter hat die Auffassung geäußert, daß die Übernahme der Kosten durch ein staatliches Programm auch in Abhängigkeit von der Indikation zum Abbruch zu sehen sei. Dies ist bemerkenswert, da in den USA keine Indikationsregelung besteht, sondern eine Form von Fristenlösung (abortion on demand) praktiziert wird.

Die Vergabe bundesstaatlicher Mittel zur Finanzierung von Schwangerschaftsabbrüchen bei jener Bevölkerungsgruppe, die Anspruch auf gesetzliche Krankenversicherung (Medicaid) hat, wurde in den Vereinigten Staaten seit August 1977 restriktiver gehandhabt. Die amerikanische Gesundheitsbehörde hat durch das „Center for Disease Control" feststellen können [21]), daß die Durchführung eines Abbruchs bei dieser Frauengruppe im Durchschnitt 2,4 Wochen (16 Tage) später erfolgte, bis diese aus privaten Quellen die notwendigen Mittel gesammelt hatten [22]).

[20]) Besonderer Dank gilt Dr. Lehfeldt, der als Gast der Kommission einen sehr ausführlichen und fundierten Beitrag über die Situation in den USA, besonders auch in Hinblick auf die „nonhospital clinics", vortrug.

[21]) Abortion Monitoring in Sentinel Hospitals (AMSH).

[22]) Eine solche Zeitverzögerung ist deswegen bedenklich, weil die Komplikationsrate des Abbruchs mit der Dauer der Schwangerschaft steigt. Vgl. Kapitel 7.3.1.4.

16 Zusammenfassende Stellungnahmen und Empfehlungen

16.1 Voraussetzungen

Der Auftrag des Bundestages vom 21. März 1974 an die Sachverständigenkommission [1]) lautete:

a) zu prüfen, ob und ggf. welche über die z. Z. im Zusammenhang mit der Reform des § 218 StGB von der Bundesregierung und den freien Trägern getroffenen bzw. geplanten Maßnahmen hinaus durch weitere Maßnahmen und Regelungen der Schutz ungeborenen Lebens und die Hilfe für die Schwangere noch wirksamer gewährleistet werden kann,

b) Erfahrungen der Ärzte, Krankenanstalten und Beratungsstellen über
   1. Beratung von Schwangeren,
   2. die medizinischen, psychologischen und sozialen Folgen ärztlich vorgenommener Schwangerschaftsabbrüche

   zu sammeln und auszuwerten [2]).

Demnach wurde einerseits gefragt nach der Bewertung von Maßnahmen zum Schutz ungeborenen Lebens und zur Hilfe für Schwangere, andererseits nach der Auswertung von Erfahrungen mit der Durchführung des reformierten § 218.

In der Auftragstellung wurden wesentliche Fragen nicht genannt, so z. B. die nach den Erfahrungen mit der Indikationsfeststellung oder mit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Auffallend ist auch, daß nach den „Erfahrungen der Ärzte, Krankenanstalten und Beratungsstellen" gefragt wurde, die Erfahrungen der betroffenen Frauen und ihrer Partner jedoch nicht erwähnt wurden. Die Kommission hält diese Aspekte für besonders wichtig, ebenso wie die Einbeziehung der Erfahrungen und Einstellungen in der Bevölkerung insgesamt. Eine sinnvolle Bewertung gesetzgeberischer Maßnahmen und Regelungen kann nur auf dem Hintergrund der Erfahrungen der Adressaten durchgeführt werden.

Bevor entsprechend der Auftragstellung die beiden angesprochenen Problembereiche getrennt in zwei Abschnitten behandelt werden, sollen einige grundsätzliche und allgemeine Aussagen vorangestellt werden.

Gesetzliche Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch dienen der Normierung der Rechte schwangerer Frauen sowie der Rechte des ungeborenen Lebens, sofern diese in Gegensatz zueinander treten. Die Konflikte bei ungewollten Schwangerschaften lassen sich durch Gesetze nicht lösen, sondern bestenfalls so regeln, daß menschliches Leid soweit wie möglich verringert wird. Grenzen menschlicher Erkenntnis- und Beurteilungsfähigkeit werden deutlich, wenn es um Entscheidungen über das Recht auf Leben und Tod oder qualitative Lebenschancen geht. Die jeweils spezifische individuelle Konfliktsituation kann durch den Gesetzgeber nicht vollständig erfaßt werden. Er kann nur Grenzen setzen und Handlungsorientierungen geben mit dem Ziel, verantwortungsbewußtes individuelles Verhalten zu fördern. Die der Reform des § 218 vorausgegangenen Diskussionen haben deutlich gezeigt, daß es **eine** „richtige Lösung" der Probleme ungewollter Schwangerschaften nicht geben kann. Es kann immer nur darum gehen, Kompromisse zu finden, die je nach der Weltanschauung des Beurteilers unterschiedlich bewertet werden können. Dabei ist zu berücksichtigen, daß es nicht nur um die Entscheidung der betroffenen Frau und ihres Partners für oder gegen das Austragen einer Schwangerschaft geht, sondern daß hinter diesem persönlichen Konflikt häufig verschiedene ungelöste gesellschaftliche Konflikte stehen. Diese bleiben weitgehend latent und werden oft erst in der Konfrontation mit einer Schwangerschaft manifest. Die betroffene Frau ist dann mit der Entscheidungsalternative für ein Kind auf der einen, für Selbständigkeit, qualifizierte Berufsausbildung, eine befriedigende Berufstätigkeit, die Partizipation an den allgemeinen Konsumgewohnheiten u. ä. auf der anderen Seite konfrontiert. So lange in unserer Gesellschaft Kinder gleichermaßen als erwünscht und störend angesehen werden, von den Frauen gleichermaßen Mutterschaft und Emanzipation erwartet werden, so lange Konsumerwartungen und ökonomische Voraussetzungen diskrepant sind, werden Schwangerschaften gleichermaßen erwünscht, aber auch unerwünscht sein, werden sich Frauen für, aber auch gegen das Austragen entscheiden.

Schließlich ist festzustellen, daß der Anpassungsprozeß an die durch die Reform veränderte Rechtslage noch nicht als abgeschlossen angesehen werden kann. Dabei ist von Bedeutung, daß der soziale Wandel intervenierender gesellschaftlicher Faktoren (Berufstätigkeit der Frau, Familienstruktur, Einstellungen zum Kind etc.) derzeit besonders intensiv ist. In Relation zur Dauer sozialer Wandlungsprozesse im Zusammenhang mit der Änderung von Einstellungen und Verhaltensformen in komplexen Gesellschaften ist der Zeitraum der Auswertung von Erfahrungen mit dem reformierten § 218 relativ kurz. Deshalb können die Feststellungen der Kommission nicht abschließend sein, sondern nur Ausschnitte aus einem Entwicklungsprozeß wiedergeben, dessen weiterer Verlauf nur schwer vorauszusehen ist. Offenkundig ist allerdings, daß zum jetzigen Zeitpunkt eine Politisierung der Fragen im Zusammenhang mit dem Abbruch ungewollter Schwangerschaften und eine kontrovers geführte öffentliche Diskussion sich gegen die Bedürfnisse und Interessen der Beteiligten auswirken würden. Es spricht einiges dafür, daß sich hier ein System einzuspielen beginnt, das bei Berücksichtigung der im folgenden darzustellenden Korrekturen den Intentionen des Gesetzgebers entspricht.

---

[1]) Die Kommission trat am 24. November 1975 zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammen, das Fünfzehnte Strafrechtsänderungsgesetz trat am 21. Juni 1976 in Kraft.

[2]) Deutscher Bundestag, Drucksache 7/1789.

Die Arbeit der Kommission hat gezeigt, daß die Datenlage zur Beurteilung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 nicht in allen Bereichen als ausreichend angesehen werden kann. Deshalb sollten gezielte Forschungsvorhaben gefördert werden, besonders, um die folgenden Fragen genauer zu klären:

— Welche psychosozialen Faktoren führen zu Konflikten, die Frauen eine Schwangerschaft ablehnen lassen, und mit welchen Interventionsstrategien lassen sich diese positiv beeinflussen?
— Wie kann man erreichen, daß die Beratungsangebote zu einem Zeitpunkt genutzt werden, zu dem die Betroffenen noch nicht endgültig entschieden sind?
— Wie lassen sich die flankierenden Maßnahmen so umstrukturieren und gewichten, daß diese den Bedürfnissen und Interessen der betroffenen Frauen entsprechen?
— Wie lassen sich Komplikationen bei Schwangerschaften, die einem Abbruch folgen, vermeiden oder vermindern?

Der Prozeß zur Entwicklung funktionierender Kommunikations- und Kooperationssysteme zwischen den die Indikation feststellenden Ärzten, den Beratungsstellen und den Einrichtungen, die den Abbruch durchführen, ist noch nicht zum Abschluß gekommen. Es empfiehlt sich daher, die weitere Entwicklung systematisch zu beobachten und zu dokumentieren. Mit dieser Aufgabe sollte das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit betraut werden, das durch eine Gruppe ständiger wissenschaftlicher Berater zu unterstützen wäre.

16.2 Prüfung und Bewertung sozialer Maßnahmen zum Schutz ungeborenen Lebens [3])

Die Entscheidung, ein Kind bekommen zu wollen oder nicht, eine eingetretene Schwangerschaft zu akzeptieren oder diese abzubrechen, ist ein Ausdruck des komplexen generativen Verhaltens derjenigen Menschen, die diese Entscheidung gerade treffen. Zum generativen Verhalten gehört eine Verhaltensumwelt, in der die verschiedensten Einflüsse in Wechselwirkung mit dem Verhalten der einzelnen Menschen zur Geltung kommen. Diese Einflüsse – teils „naheliegende" aus der unmittelbaren Lebenswelt, teils weiterreichende und allgemeine aus dem makrosozialen Raum – geben Beweggründe her für eine Frau und ihren Partner, sich Kinder zu wünschen oder ggf. einen Schwangerschaftsabbruch anzustreben. Soziale Hilfen und Institutionen kommen dabei nur ausschnitthaft zur Geltung. Sie sind in ihrer Wirkung abhängig vom Kontext der individuellen wie der gesellschaftlichen Lebenswelt, in der sie wirken sollen.

Sollen flankierende Maßnahmen daraufhin beurteilt werden, ob sie geeignet sind, Schwangerschaftsabbrüche zu verhindern bzw. die Bereitschaft zum Kind zu fördern, dann können diese Hilfen nicht isoliert – jede für sich in ihrer Wirkung – betrachtet werden. Ihr wechselseitiger Zusammenhang, ihre Einbettung in die Lebenslage und die ganze psychosoziale Situation **der** Menschen, welche die Entscheidung für oder gegen ein Kind treffen, müssen mitberücksichtigt werden.

Die Höhe der finanziellen Leistungen wie beispielsweise der des Kindergeldes ist nur **relativ** von Bedeutung bezogen auf das, was nach objektiven und subjektiven Maßstäben Kinder „kosten" (daß in bezug auf Elternschaft heute öffentlich zumeist über die „Kosten" diskutiert wird, ist bezeichnend für allgemeine Einstellungen, denen es an glaubwürdigen oder gar selbstverständlichen immateriellen Bezugspunkten mangelt) [4]). Die „Kosten" (als Aufwendungen an Geld, Zeit und Mühe) sind im Zusammenhang dessen zu bewerten, was neben oder anstelle der Kinderaufzucht von den Eltern, vor allem von der Frau, an Lebenserfüllung erwartet werden kann. Ebenso ist eine „schwere Notlage" ein relativer Befund, der im Hinblick auf den allgemeinen Lebensstandard oder den der gewählten Vergleichsgruppe eine Begründung findet.

Psychosoziale Probleme in einer Familie, die eine Frau auf ein (weiteres) Kind verzichten oder einen Schwangerschaftsabbruch verlangen lassen, sind erst auf dem Hintergrund von Erwartungen an das Leben und von Bedürfnissen (z. B. nach sozialer Sicherheit und nach persönlicher Selbstverwirklichung) verständlich, die heute geweckt und unterstützt werden. Diese wiederum stehen in Wechselwirkung mit Milieugegebenheiten in der urbanen, industriellen und technischen Umwelt, Gegebenheiten, die für die Vorbehalte gegenüber Kindern (vielfach mit dem Schlagwort ‚Kinderfeindlichkeit' nur unzureichend umschrieben), mitverantwortlich gemacht werden können.

Sie haben zusätzlich einen verzögernden, aufschiebenden und auslösenden Effekt auf früher selbstverständliche Entscheidungen wie die, eine Ehe einzugehen oder Kinder zu haben. Der **Begründungsaufwand,** den man bei dergleichen Lebensentscheidungen treffen muß, ist erheblich, und manches, was man früher geschehen ließ, wird jetzt erst entscheidungsbedürftig.

Aus dem humanökologischen Komplex der (psychosozialen) Mensch-Umwelt-Beziehungen lassen sich einzelne Faktoren herausziehen, die sich auf Elternschaft bzw. auf das generative Verhalten auswirken, indem sie in den bezeichneten Entscheidungsprozessen eine maßgebliche Rolle spielen.

In der öffentlichen Diskussion zu diesem Thema werden folgende Begründungen für die Erklärung der verbreiteten Vorbehalte Kindern gegenüber genannt:

— Die **Erwerbstätigkeit** der Frau ließe ihr neben der Belastung durch den Haushalt wenig Zeit und Kraft für Kinder.
— Die **Berufstätigkeit** werde von vielen Frauen als vorrangig angesehen. Die Hausfrauenrolle sei in der öffentlichen und privaten Diskussion negativ besetzt. Im Streben nach Selbstverwirklichung seien Kinder eher hinderlich.
— Kinder zu haben, würde heute immer noch einseitig als eine Aufgabe der **Frau** angesehen, die sie zu Lasten ihrer individuellen Entwicklung und Entfal-

[3]) Vgl. dazu auch die Ausführungen über die Wirksamkeit flankierender Maßnahmen in Kapitel 11, Abschn. 11.7.

[4]) Siehe auch Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates beim Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit zu den Leistungen der Gesellschaft für die nachfolgende Generation, 1978.

tung zu erfüllen habe. Daher würden die mangelnde Anerkennung für die Kindererziehung und ihre geringe Bewertung – gewissermaßen als „Nebenbeschäftigung" – ins Gewicht fallen.

- Kinder würden **zu viel „kosten"** und wenig „einbringen". Sie würden die Wohn- und Bewegungsfreiheit der Familie einengen, den materiellen Lebensstandard bedrohen und das Freizeitbudget der Eltern beanspruchen.
- Kindererziehung würde zunehmend als eine **schwierige Aufgabe** erlebt. Dadurch würde sich nach dem ersten Kind, zusammen mit anderen Umständen die Bereitschaft verringern, noch ein weiteres Kind zu bekommen.
- Kinder zu haben würde **Verzichtsleistungen** und Gratifikationsaufschub voraussetzen. Beides würde den allgemein akzeptierten Konsumbedürfnissen widersprechen. Immer mehr sei man mit sich und der Bewältigung einer komplexen Lebenswirklichkeit beschäftigt. Man würde sich lieber gegenwärtige Bedürfnisse erfüllen. Kinder seien Zukunftsinvestitionen. Bei einer unsicheren Zukunft würde man weniger positive Erwartungen mit ihnen verbinden.
- Für Kinder und Familien mit Kindern gebe es zu wenig Einrichtungen und Erleichterungen, die auf **deren** spezifische Bedürfnisse zugeschnitten seien. Was bereitgestellt würde, sei knapp (Spielplätze, Tagesstätten, Ganztagsschulen), schwer zugänglich (soziale und finanzielle Hilfen) oder unübersichtlich bis undurchschaubar (z. B. steuerliche Regelungen). Kinder zu haben würde öffentlich mit **Hilfsbedürftigkeit** assoziiert (Eltern müßten für „Hilfen" dankbar sein, statt daß die Gemeinschaft den Eltern dankbar sei).
- Kinder würden oft als störend erlebt. Es gebe Gerichtsurteile, die Kinderlärm als Belästigung werten. Vermieter würden, ohne daß das als sittenwidrig angesehen würde, wohnungssuchende Familien mit Kindern abweisen und statt dessen kinderlose Ehepaare bevorzugen. (Zukünftige) Eltern würden täglich lesen, hören und sehen, wie viele Probleme man mit Kindern habe.
- Es würden bei der Lebensplanung von Menschen insgesamt weniger Gründe genannt, die für, und mehr Gründe, die gegen Kinder sprechen.

Wenn Lebensbewältigung heute weniger materiell, als vielmehr psychisch und sozial schwieriger geworden ist, so haben wir ein Bedingungsgefüge, in dem Schwangerschaftsabbrüche im Zusammenhang mit der Abnahme von Eheschließungen, der Zunahme von Scheidungen und dem Geburtenrückgang zu sehen sind.

Nehmen wir die humanökologischen Zusammenhänge, in die Elternschaft heute eingebunden ist, zur Kenntnis, so wird deutlich, daß einzelne materielle Hilfen oder isolierte Verbesserungen für sich genommen nur wenig Einfluß auf das generative Verhalten und die Abbruchshäufigkeit haben können. Erst wenn die allgemeinen Einstellungen zum Kind sich wandeln und das öffentlich zur Kenntnis genommen wird, können die einzelnen Maßnahmen in ihrem Kontext an Gewicht gewinnen.

Gegenwärtig muß der „Nutzen" von finanziellen Leistungen an Eltern noch bezweifelt werden, wenn sie auf dem Hintergrund bevölkerungspolitischer und gesamtwirtschaftlicher Überlegungen eingesetzt und geplant werden. Erst wenn die gewährten und beabsichtigten Zuwendungen als Ausdruck der Achtung vor der Leistung der Kindererziehung empfunden werden können, und wenn Kinder und Familien mit Kindern durchgängig Vorzug, Förderung und Anerkennung finden, werden die flankierenden Maßnahmen einen Trend **unterstützen,** den sie selbst nicht in Gang bringen können.

Dessen ungeachtet ist die **Sicherstellungsfunktion** materieller und sozialer Hilfen nicht zu unterschätzen. Diese motivieren zwar kaum zum Kind, können aber eine Motivation absichern. Sie sind eine **Voraussetzung** davür, daß seltener an einen Schwangerschaftsabbruch gedacht wird. In ausreichender Zahl vorhandene Kindertagesstätten und Tagesmütter (die nicht nur „im Notfall" in Anspruch genommen werden dürfen), familiengerechte Wohnungen (die nicht nur für Sozialfälle reserviert sind), genügend Stellen für Teilzeitbeschäftigte und anderes sollten als Erleichterungen bei Bedarf verfügbar sein und nicht erst als „soziale Hilfen" in einer Konfliktberatung gesucht werden müssen. Aber selbst wenn diese Hilfen genügend ausgebaut und überall in Anspruch zu nehmen wären, können flankierende Maßnahmen nicht den Anspruch erheben, den Wechselfällen des Lebens vorzubeugen, die für eine Frau einen Schwangerschaftsabbruch aus persönlichen Gründen für geboten erscheinen lassen können [5]).

Die Effektivität von Maßnahmen zum Schutz ungeborenen Lebens und zur Hilfe für schwangere Frauen ist begrenzt, sofern sich diese auf Teilaspekte (z. B. ökonomische Probleme) der Lebenssituation der Betroffenen beschränken.

Ihre Wirksamkeit ist dadurch zu erhöhen, daß auf allen gesellschaftlichen Ebenen Prozesse in Gang gesetzt und unterstützt werden, die die Einstellungen zum Kind und zur Familie in positiver Weise verändern.

16.3 Auswertungen der Erfahrungen mit dem reformierten § 218

16.3.1 Positive Auswirkungen der Reform

Die Liberalisierung der gesetzlichen Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs hat dazu geführt, daß die Zahl der illegalen Abbrüche und der damit verbundenen Gesundheitsschäden abgenommen hat. Darüber hinaus läßt sich feststellen, daß die Zahl derjenigen Frauen, die zu einem Schwangerschaftsabbruch ins Ausland (vorzugsweise nach Holland) fahren, in den letzten Jahren stark abgenommen hat [6]). Entsprechend hat die Zahl der registrierten legalen Schwangerschaftsabbrüche in der Bundesrepublik Deutschland seit Einführung des Gesetzes zugenommen. Daraus kann jedoch nicht abgeleitet werden, daß die absolute

[5]) Siehe dazu auch die Darstellungen der Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch in Kapitel 4, Abschn. 4.3.5.3; 4.4.5.4 sowie in Kapitel 5.

[6]) Vgl. Kapitel 15.2.1, Erfahrungen im Ausland.

Zahl aller Schwangerschaftsabbrüche nach der Novellierung des Gesetzes angestiegen sei. Durch die zentrale Registrierung liegt zum ersten Mal ein umfassendes statistisches Datenmaterial über Schwangerschaftsabbrüche in der Bundesrepublik Deutschland vor, dessen Auswertung neue Erkenntnisse gebracht hat [7]).

Ein Teil der Frauen (ca. ein Drittel), die ihre Erfahrungen mit einem Schwangerschaftsabbruch in der Bundesrepublik Deutschland nach der Reform des § 218 mitgeteilt haben [8]), war insgesamt zufrieden mit der Behandlung durch die beteiligten Institutionen sowie mit der Durchführung des Abbruchs. Sie geben an, menschliches Verständnis und Hilfe gefunden zu haben.

Die im Zusammenhang mit der Reform angebotene Beratung und die sozialen Unterstützungen waren für einen Teil (wenn auch für einen kleinen) der Frauen bzw. ihre Familien hilfreich.

Positiv sind auch das Engagement vieler (z. T. ehrenamtlicher) Berater sowie die Versuche von Frauengruppen zur Selbsthilfe einzuschätzen, auch wenn diese nicht immer den erwünschten Erfolg haben. Begrüßenswert sind auch Ansätze zu einer systematischen und problemadäquaten Aus- und Fortbildung der Berater, die allerdings wegen der geringen Zahl der zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze quantitativ begrenzt sind. Es ist allerdings zweifelhaft, ob der relativ hohe Beratungsaufwand, der sich durch die gesetzlich vorgeschriebene Beratung aller Frauen – auch derjenigen, die sich schon vorher für den Abbruch der Schwangerschaft entschieden haben – ergibt, in einem angemessenen Verhältnis zu dem bewirkten Nutzen steht [9]).

Trotz der in jüngster Zeit erneut sehr kontrovers geführten Diskussionen ist insgesamt eine Tendenz dahingehend zu beobachten, daß **in der Praxis** emotionale und ideologische Auseinandersetzungen abnehmen zugunsten nüchterner Versuche zur Regelung der Probleme im Zusammenhang mit ungewollten Schwangerschaften. Das Verständnis für die psychische „Notlage", in der sich jede Frau befindet, die vor der Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft steht, hat allgemein zugenommen. Dem entspricht auch das Ergebnis der Bevölkerungsumfrage, nach der nur 28 % der Bevölkerung sich für ein Verbot des Schwangerschaftsabbruchs ausgesprochen haben (für ein völliges Verbot votierten 3,5 %, für die Beschränkung auf die medizinischen Indikationen 24,5 %) [10]). Insgesamt halten also mehr als zwei Drittel der Bevölkerung eine restriktive Regelung des Schwangerschaftsabbruchs für nicht wünschenswert.

[7]) Vgl. Kapitel 3, Statistische Daten.

[8]) Dargestellt in Kapitel 9, Erfahrungen der betroffenen Frauen.

[9]) Die grundsätzliche Verpflichtung zur Beratung wird von vielen Betroffenen und Beratern als „Zwangsberatung" erlebt; siehe dazu auch Kapitel 4, Die Beratung vor dem Schwangerschaftsabbruch und Kapitel 9, Erfahrungen der betroffenen Frauen mit der Strafrechtsreform.

[10]) Vgl. Kapitel 12.2, Die Einstellung der Bevölkerung.

16.3.2 Probleme bei der Durchführung

Allgemein besteht ein großes Informationsdefizit bei der Bevölkerung im Hinblick auf wirksame Methoden zur Konzeptionsverhütung sowie über die gesetzlichen Regelungen und Ausführungsbestimmungen im Zusammenhang mit dem reformierten § 218. Hiervon sind besonders Frauen der unteren Sozialschichten, Minderjährige und unverheiratete Frauen sowie Frauen ausländischer Arbeitnehmer betroffen [11]).

Hierfür ist vor allem ein Versagen von Schulen, Erwachsenenbildungsinstitutionen sowie der öffentlichen Medien verantwortlich zu machen. Da die Eltern selber Probleme im Umgang mit Sexualität haben, sind sie häufig nicht in der Lage, ihren Kindern angemessene Einstellungen und die notwendige Verhaltenssicherheit zu vermitteln. Obwohl über Rundfunk, Fernsehen, in Zeitungen und Büchern im letzten Jahrzehnt viel über das Thema Sexualität „veröffentlicht" wurde, läßt sich in weiten Bevölkerungskreisen immer noch eine ausgeprägte Verhaltensunsicherheit feststellen. Die öffentliche Diskussion, insbesondere über Schwangerschaftsabbrüche, ist weitgehend von der Gegenüberstellung ethisch-weltanschaulicher Positionen bestimmt, durch die ein moralischer Anspruch gesetzt wird, der von vielen Betroffenen in der Alltagspraxis und in der Konfrontation mit konkreten Handlungszwängen, Interessen und subjektiven Bedürfnissen nicht eingelöst werden kann.

Es besteht immer noch eine weitgehende Tabuisierung von privaten Gesprächen über sexuelle Probleme und Schwangerschaftskonflikte. Auf diesem Hintergrund stehen Verhaltensunsicherheiten, Schuldgefühle und Diskriminierungserwartungen, die wiederum Kommunikationsbarrieren verstärken und rational bestimmtes Handeln behindern.

Unwissen und Verhaltensunsicherheiten großer Bevölkerungsgruppen hinsichtlich der kontinuierlichen Anwendung wirksamer Methoden der Antikonzeption führen vielfach zu ungewollten Schwangerschaften. Weiterhin bestehen unterschiedliche Chancen für präventives Verhalten aufgrund unterschiedlicher Sozialisationsbedingungen sowie infolge unterschiedlicher sozialer Nähe der verschiedenen Bevölkerungsgruppen zur Medizin.

In diesem Zusammenhang ist auf das Problem der sog. „Pillenpause" hinzuweisen, die medizinisch nicht gerechtfertigt ist und häufig zu ungewollten Schwangerschaften führt. Empfängnisverhütung wird ohnehin im traditionellen Rollenverhalten immer noch als Sache der Frau angesehen, für die Männer nur selten die Verantwortung zu übernehmen bereit sind.

Ca. zwei Drittel der Bevölkerung sind nicht hinreichend über die gesetzlichen Regelungen zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in der Bundesrepublik Deutschland informiert. Dazu kommt eine mehr oder minder ausgeprägte Diskriminierungserwartung: Rund 40 % der Befragten befürchten Ablehnung und Feindseligkeit sowie Willkür von Ärzten und Beratern [12]). Dies führt dazu, daß einige Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft gar nicht erst den

[11]) Vgl. dazu Kapitel 8, Familienplanung.

[12]) Bei den Frauen mit Abbruchserfahrung 56 %, vgl. Kapitel 12.2.6.2.

Versuch unternehmen, im Rahmen der gesetzlichen Regelung einen legalen Schwangerschaftsabbruch durführen zu lassen, sondern gleich den Weg in die Illegalität wählen; zumeist mit der Durchführung eines Abbruchs im Ausland (Holland, Österreich, Schweiz, England).

In der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland sind negative Meinungen weit verbreitet über eine ablehnende, diskriminierende Behandlung abbruchswilliger Frauen durch Ärzte, Pflegepersonal und Berater sowie über die Möglichkeiten, Ärzte zu finden, die eine Indikation ausstellen, und Krankenhäuser, die bereit sind, den Abbruch durchzuführen. Ein Erklärungsansatz hierzu ist, daß in den öffentlichen Medien vorwiegend kritikwürdige Erfahrungen oder Bedingungen dargestellt werden, wodurch der Eindruck vermittelt wird, diese wären die Regel. In der Praxis konstatieren betroffene Frauen immer wieder überrascht, daß es gar nicht so schwierig ist, wie sie erwartet haben, und daß sie sogar als „normale Patienten" behandelt werden [13].

Bei einem Teil der Frauen, die einen legalen Schwangerschaftsabbruch in der Bundesrepublik durchgeführt haben, bestätigen sich allerdings die Diskriminierungserwartungen. Nach ihren Äußerungen benutzten einige Ärzte und Pflegepersonen ihre Position, um die von ihnen abhängigen Frauen mit ihren persönlichen Meinungen und Einstellungen zu belasten. Ebenso sollen einige Ärzte ihre Machtstellung ausnutzen, wodurch sich das Verfahren verzögern würde, so lange, bis die Frauen gezwungen seien, illegale Lösungen zu suchen oder das Kind gegen ihren Willen auszutragen. Auch ein Teil der Berater sei den ihnen gestellten Aufgaben nicht gewachsen.

Die Beratungstätigkeit ist für Berater und Beratene gleichermaßen eine besondere psychische Belastung insofern, als sie als Zwangsberatung erlebt und entsprechend bewertet wird. Ein zentrales Problem der Beratung ergibt sich dadurch, daß etwa 80 bis 90 % der Frauen, bevor sie sich auf den Weg durch die Instanzen begeben, ihre Entscheidung gegen das Austragen einer Schwangerschaft getroffen haben; in vielen Fällen ist die Beratungsbereitschaft dementsprechend gering [14].

Insgesamt fehlt es an einem einheitlichen Angebot an Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten, in denen Berater hinreichend qualifiziert werden.

Das regionale Angebot an Beratungsstellen ist z. T. ebenso unzureichend wie das an Krankenhäusern bzw. frei niedergelassenen Gynäkologen, die bereit und in der Lage sind, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Es gibt in einigen Regionen in der Bundesrepublik Deutschland (Nord-Süd-, Stadt-Land-Gefälle) Gebiete, in denen betroffene Frauen als sozial benachteiligt angesehen werden müssen im Vergleich zu den Bedingungen, die z. B. in Großstädten gegeben sind.

Viele Frauen empfinden die Aufsplitterung der Beratung in eine sog. „soziale Beratung", eine medizinische und Schwangerschaftskonfliktberatung in maximal vier Institutionen (wenn man die Indikationsüberprüfung des den Abbruch durchführenden Arztes miteinbezieht) als besondere seelische Belastung [15].

Wegen der geringen Beratungsbereitschaft und der sich daraus ergebenden geringen Beratungseffektivität stellt sich grundsätzlich die Frage nach der Effizienz dieser Maßnahmen; dagegen ist geltend zu machen, daß für emotionale Unterstützung sowie die Vermittlung von Orientierungs- und Entscheidungshilfen ein großer Bedarf besteht.

Durch die oft unnötig lange Krankenhausverweildauer bei Schwangerschaftsabbrüchen bzw. den Mangel an Einrichtungen, in denen die Möglichkeit zum ambulanten Schwangerschaftsabbruch gegeben ist, werden ebenfalls unnötig hohe Kosten verursacht.

Im Vergleich zu anderen Ländern (z. B. Holland, USA) werden in der Bundesrepublik Deutschland Schwangerschaften relativ spät abgebrochen, wodurch sich die Zahl der Komplikationen erhöht [16].

Es läßt sich feststellen, daß ein großer Teil

— der Frauen sich mit ihren Problemen alleingelassen und durch den vorgeschriebenen Instanzenweg gedemütigt und zusätzlich belastet fühlt;
— der Ärzte sich überfordert fühlt mit der Entscheidung über das Vorliegen einer Indikation, die einen Schwangerschaftsabbruch rechtfertigt;
— der Berater unter den Alltagserfahrungen mit ihrem zumeist unerwünschten Beratungsangebot leidet;
— der Krankenhausärzte und Schwestern psychisch belastet ist mit der Durchführung von Abbrüchen, insbesondere, wenn diese nicht in den ersten Wochen der Schwangerschaft erfolgen.

Die psychischen Belastungen der Beteiligten im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen erschweren rationale und angemessene Problemlösungen.

Insgesamt läßt sich feststellen, daß sich die Mehrheit der Bevölkerung für die bestehende Regelung (ca. 26 %) bzw. für eine weitergehende Liberalisierung (ca. 44 %) ausspricht [17].

Allerdings wird von Vertretern gegen die Reform eingestellter Gruppen immer noch und in letzter Zeit verschärft Kritik an der gesetzlichen Regelung geübt und eine stärkere Beschränkung bzw. Kontrolle der Entscheidungen betroffener Frauen gefordert. Demgegenüber steht die Forderung engagierter Frauengruppen, insbesondere derjenigen, die eigene Erfahrungen mit der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs gemacht haben, die sich in überwiegender Mehrheit für eine Fristenregelung bzw. eine Streichung des reformierten § 218 aussprechen.

[13]) Siehe dazu auch Kapitel 9, Erfahrungen der Frauen mit der Strafrechtsreform.

[14]) Vgl. Kapitel 4.3.6, „Die Beratung vor dem Schwangerschaftsabbruch".

[15]) In Bayern dürfen Ärzte in Beratungsstellen keine Indikationen feststellen: vgl. dazu Kapitel 2, Die Ausführungsbestimmungen der Länder, Abschn. 2.3.4.

[16]) Über den Zusammenhang zwischen Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft und Komplikationsrate siehe Kapitel 7.3, Medizinische Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs.

[17]) Vgl. dazu Kapitel 12.2., Die Einstellung der Bevölkerung.

16.4 Empfehlungen zur Verbesserung der Situation auf dem Hintergrund der Sachlage nach dem Fünfzehnten Strafrechtsänderungsgesetz [18])

Eine Vielzahl von Verbesserungsvorschlägen ist gemacht worden. Die Kommission hat sich bewußt auf eine begrenzte Anzahl von Empfehlungen beschränkt, von denen angenommen werden kann, daß ihre Verwirklichung die Situation wesentlich verbessern wird.

Die **Aufklärung** über Fragen der Familienplanung, der Schwangerschaftsverhütung und des Schwangerschaftsabbruchs sollte intensiviert werden. Dabei kommt neben einer allgemeinen Information der Bevölkerung über die öffentlichen Medien der zielgruppenspezifischen Ansprache von Jugendlichen, Unterschichtsangehörigen und Gastarbeitern eine besondere Bedeutung zu. Hierbei sollten einerseits grundlegende Kenntnisse sowie ein differenziertes Problemverständnis vermittelt, andererseits konkrete Handlungsorientierungen gegeben werden [19]).

Es sollten spezielle Beratungsangebote geschaffen werden, die sich an Frauen und ihre Partner nach erfolgter Geburt oder erfolgtem Abbruch richten. Diese sollten in den entsprechenden Einrichtungen fest institutionalisiert sein. Zur Verringerung der Zahl unerwünschter Schwangerschaften – und damit auch der Abbrüche – sollten im Rahmen des Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetzes auch **die Mittel der Empfängnisregelung** durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert werden; dadurch würde die Verbreitung sicherer Mittel unterstützt [20]).

Alle Informationskanäle sollten genutzt werden, um der Bevölkerung ein realistisches Bild über die Praxis der Beratung, der Indikationsfeststellung und der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in der Bundesrepublik Deutschland zu vermitteln, um damit Vorurteile und Diskriminierungserwartungen abzubauen.

Die Herausbildung von verläßlichen Informationssystemen auf lokaler Ebene unter Berücksichtigung der jeweils spezifischen Gegebenheiten ist zu fördern. Umfassende schriftliche oder telefonische Informationen sollten von den Betroffenen direkt nach der Feststellung einer ungewollten Schwangerschaft anonym abrufbar sein, um frühzeitig Entscheidungshilfen und Verhaltensorientierungen zu geben.

Durch die Erarbeitung geeigneter Unterrichtsmaterialien sowie die entsprechende Aus- und Fortbildung von Lehrern ist zu gewährleisten, daß in den **Schulen** angemessene Erkenntnisse und Einstellungen zur Sexualität vermittelt werden.

Die **Berufsverbände** der Ärzte, des Pflegepersonals und der Berater (bzw. die Träger der beteiligten Einrichtungen) sollten gewährleisten, daß wenigstens Verstöße gegen die Forderung nach einem emotional neutralen Verhalten den Patienten gegenüber zukünftig vermieden werden. Jede Frau, die sich zum Abbruch ihrer Schwangerschaft entschlossen hat, muß – unabhängig davon, welche persönlichen Einstellungen der Arzt, die Schwester oder der Berater zum Problem des Schwangerschaftsabbruchs hat – damit rechnen können, wie ein „normaler" Patient behandelt zu werden. Diesen Erwartungen kann auf die Dauer nur entsprochen werden durch die Vermittlung von Fähigkeiten zur psychologischen Gesprächsführung in die **Aus-, Weiter- und Fortbildung dieser Berufsgruppen.** Lehrveranstaltungen z. B. über psycho-soziale Aspekte der Empfänisregelung und über Schwangerschaftskonflikte sollten rgegelmäßig angeboten und ggf. durch Möglichkeiten zur Supervision (z. B. Balintgruppen) ergänzt werden.

Gynäkologische Universitäts-Kliniken und Lehr-Krankenhäuser sollten auch die soziale Beratung Schwangerer in Konfliktsituationen in ihr Leistungsangebot einbeziehen, um den zukünftigen Arzt mit der Vielschichtigkeit von Schwangerschaftskonflikten vertraut zu machen, damit er diese bei seiner späteren Arbeit angemessen berücksichtigen kann.

Zur Steigerung der medizinischen Effektivität sollten regelmäßig innerhalb der Krankenhäuser die Ursachen von **Früh- und Spätkomplikationen systematisch analysiert** und die sich daraus ergebenden Konsequenzen gezogen werden.

Todesfälle, die im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch auftreten, sollten im Rahmen einer Einzelfallanalyse der mütterlichen Sterblichkeit in regional einzurichtenden Gremien untersucht werden.

Um zu gewährleisten, daß die **zentrale Registrierung** der Schwangerschaftsabbrüche umfassend ist, sollten die Ärzte im Rahmen von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen über Sinn und Zweck dieser Regelungen informiert und zur Meldung motiviert werden.

Die **Kommunikation** zwischen den beteiligten Institutionen sollte intensiviert werden, um zu gewährleisten, daß das Verfahren möglichst in den ersten zehn Wochen abgeschlossen wird, insbesondere, um Komplikationsraten zu verringern.

In die **ärztliche Gebührenordnung** sollte die Leistung ärztlicher Sozial- und Schwangerschaftskonfliktberatung aufgenommen und ihrem Aufwand entsprechend angemessen honoriert werden.

Ebenso sollten die Honorare für den ambulant durchgeführten Schwangerschaftsabbruch den tatsächlich entstehenden Kosten und Leistungen angepaßt werden.

Zur Verringerung der Kosten sollte die Krankenhausverweildauer so kurz wie möglich gehalten bzw. soweit möglich das Angebot an Einrichtungen zum ambulanten Schwangerschaftsabbruch erhöht werden.

Das **Beratungsangebot** für Fragen der Familienplanung, Humangenetik und Schwangerschaftsverhütung sollte verbessert werden. Dadurch, daß die

[18]) Auf dem Hintergrund der dargestellten, bei der Gesetzesreform bzw. der Urteilsfindung des Bundesverfassungsgerichtes noch nicht absehbaren Sachverhalte – sowie unter Berücksichtigung der relativ größeren gesundheitlichen Gefährdung bei Schwangerschaftsabbrüchen nach der 10. Woche – gelangen einige Mitglieder der Kommission zu der Auffassung, daß der Deutsche Bundestag erneut beschließen möge, den Schwangerschaftsabbruch aus anderen als medizinischen Indikationen bis zur 10. Schwangerschaftswoche aus den Strafgesetzbestimmungen herauszunehmen und dabei auch auf die vorherige Zwangsberatung zu verzichten.

[19]) Vgl. dazu Kapitel 8.3 Familienplanung.

[20]) Vgl. dazu auch die Kritik an der derzeitigen gesetzlichen Regelung in Kapitel 11, Abschn. 11.7.1.

Schwangerschaftskonfliktberatung in größeren Beratungseinrichtungen zur umfassenden psychosozialen Familien-, Lebens- und Gesundheitsberatung integriert wird, könnte erreicht werden, daß mehr Frauen als bisher sich beraten lassen, bevor sie ihre Entscheidung getroffen haben.

Eine Beratung, die von den Betroffenen als „Zwangsberatung" erlebt wird, kann nicht effektiv sein. Es ist zu hoffen, daß durch positive Erfahrungen der Bevölkerung mit der Beratungspraxis negative Vorurteile abgebaut und Vertrauen aufgebaut werden kann. Einschränkend ist festzustellen, daß Beratung die zugrundeliegenden gesellschaftlichen Konflikte nicht lösen, sondern bestenfalls individuelle Entscheidungshilfen vermitteln kann.

Eine Überversorgung an Beratungsangeboten ist ebenso zu vermeiden wie eine Unterversorgung. Grundsätzlich sollte gewährleistet sein, daß bundesweit ein bedarfsgerechtes und der Pluralität der Wertvorstellungen entsprechendes Netz an unabhängigen Beratungsstellen gegeben ist und die bisherigen Unterschiede im Versorgungsangebot ausgeglichen werden. Ebenfalls sollte ein bedarfsgerechtes **Angebot an Krankenhäusern** gewährleistet sein, in denen Schwangerschaftsabbrüche auch nach der Notlage-Indikation durchgeführt werden. Dort, wo dies nicht gegeben ist, sollten Praxen frei niedergelassener Gynäkologen vermehrt zur Durchführung von Abbrüchen zugelassen sowie **modellhafte „Sondereinrichtungen"** (als nicht profitorientierte Stiftungen) unter wissenschaftlicher Begleitung eingerichtet werden, in denen neben sexualpädagogischen Veranstaltungen und vielfältigen Beratungsangeboten – z. B. Familienplanungs- und Sexualberatung, Partner- und Familienberatung – auch die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen möglich sein soll.

Die im Ausland (USA, Holland) mit derartigen Sondereinrichtungen gemachten Erfahrungen sind grundsätzlich positiv. Eine generelle Entlastung der Kliniken und Krankenhausträger von der Aufgabe des Schwangerschaftsabbruchs insbesondere bei zu erwartenden medizinischen Komplikationen kann jedoch nicht Ziel eines solchen Angebotes sein.

Schließlich ist dafür zu sorgen, daß eine umfassende **Rechtssicherheit** durch klare Definitionen hergestellt wird [21]). Dies kann in einigen Bereichen nur durch einen längeren Diskussionsprozeß geschehen, der die Erfahrungen in der Praxis ebenso berücksichtigt wie die sich ändernden Wertvorstellungen. Insbesondere bedarf die Frage, was unter den Lebensbedingungen unserer Gesellschaft als Notlage zu verstehen ist, einer weiteren Klärung.

Für den Bereich der Beratung ist rechtlich abzusichern, daß die soziale Beratung im § 218 b Abs. 1, Nr. 1 die psychosoziale Konfliktberatung zur Entscheidungsfindung der Schwangeren einschließt.

Die formal-rechtliche Verantwortlichkeit des Arztes, der den Abbruch durchführt, kann nicht die Verpflichtung beinhalten, auch den Inhalt nicht medizinischer Indikationen noch einmal zu prüfen, sondern sich nur beziehen auf die Überprüfung des Verfahrensablaufes sowie die Befragung der betroffenen Frau über ihre Entschiedenheit zum Abbruch der Schwangerschaft.

Unter Berücksichtigung der im Abschnitt 16.2 dargestellten Relationen zwischen der Bereitschaft, Kinder zu haben, den humanökologischen Bedingungen der Elternschaft und dem Bedürfnis nach selbstbestimmter Lebensgestaltung sind die flankierenden Maßnahmen dahingehend zu überprüfen und zu verbessern, daß sie

— einen angemessenen **finanziellen Lastenausgleich** zugunsten von Müttern und Familien schaffen
— familien- und kindgerechte **Wohnungen** in ausreichender Zahl verfügbar machen
— **Tageseinrichtungen** für die Betreuung von Kindern berufstätiger Frauen in ausreichender Zahl zur Verfügung stellen.

Der Mutterschaftsurlaub sollte in einen längeren Elternurlaub umgewandelt werden, wobei sichergestellt sein muß, daß nachher wieder ein vergleichbarer Arbeitsplatz zur Verfügung steht. Durch entsprechende staatliche Zuwendungen an die Arbeitgeber sollte eine indirekte Diskriminierung gebärfähiger Frauen verhindert werden.

Die Kommission ist zu der Überzeugung gelangt, daß die Probleme des Schwangerschaftsabbruchs nur langfristig gelöst werden können. Dabei kommt der Verbesserung der sozialen Rahmenbedingungen der Elternschaft, vor allem durch Förderung von Möglichkeiten für Frauen und Männer, Familie und Beruf miteinander zu vereinbaren, eine entscheidende Bedeutung zu. Insgesamt sollte in allen gesellschaftlichen Bereichen auf eine Verbesserung der Einstellungen zum Kind und zur Familie hingewirkt werden.

---
[21]) Vgl. dazu die Darstellung der rechtlichen Probleme des Fünfzehnten Strafrechtsänderungsgesetzes in Kapitel 1, Abschn. 1.6.

Literaturverzeichnis

Abortion Law and Practice: a Status Report. Law and Policy. Population Reports, Series E, No. 3, March 1976

Albrecht-Désirat, K./Pacharzina, K.: Lehrer und sexualpädagogische Ausbildung, in: Kierscher, I. (Hrsg.), Konfliktfeld Sexualität, Neuwied und Darmstadt 1977

Arbeitsgruppe Tagesmütter: Das Modellprojekt Tagesmütter. Erfahrungen und Perspektiven, München 1977

Balachamis, P.: Sexualpädagogik und -wissenschaft im Lehrangebot bundesdeutscher Hochschulen, in: Sexualpädagogik, Heft 4/1977

Basler, D.: Modelle zur Erklärung präventiven Verhaltens, in: Oeter, K., Wilken, M. (Hrsg.): Frau und Medizin, Stuttgart 1979

Baumann, J. et al.: Alternativentwurf eines Strafgesetzbuches, Besonderer Teil, Straftaten gegen die Person, Erster Halbband, Tübingen 1970

ders.: Das Abtreibungsverbot des § 218, Neuwied, Berlin 1971

Bernstein, B.: Soziale Schicht. System des Sprachgebrauchs und Psychotherapie, in: Bernstein, B.: Soziale Struktur, Sozialisation und Sprachverhalten, Amsterdam 1970

Blättler, J. K./Blättler, W./Hauser, G. A.: Verträglichkeit von Ovulationshemmern, Bern 1976

Bökmann, J.: Verweigerung des strafrechtlichen Schutzes – Den ganzen Menschen sehen, in: Zur Sache 6/72, a.a.O.

Bognar, Z./Czeizel, A.: Am. J. Public Health 66, 1976

Bolte, M. K. et al.: Soziale Ungleichheit, Opladen 1974

Bräutigam, W.: Die „Schutzwürdigkeit des Lebens" in der Diskussion um die Fristenregelung, in: DÄBl 1974, 1262 ff.

ders.: Stellungnahme zu Hornstein: „Die Verantwortung der Ärzte", in: DÄBl 1974, 2739

Brox, H.: „Recht" auf Abtreibung?, in: Rhein. Merkur vom 6. Juli 1979

Brühne, Ch.: Soziologische Aspekte der Interpretation des Schwangerschaftsabbruchs, dargestellt am Schwangerschaftsabbruch im Ausland. Eine Untersuchung holländischer Daten. Diplomarbeit, Bielefeld 1976

Buchholz, P.: Die Beratung Schwangerer nach der Neufassung des § 218 StGB – Eine rechtliche Klarstellung, in: Caritas in Nordrhein-Westfalen, Nr. 5/77, S. 385–388

Büchner, F.: Von der Zeugung an ein Mensch, in: DÄBl 1972, 759 ff. und 835 ff.

Bulletin Nr. 6 vom 19. Januar 1973

Bundesärztekammer: Stellungnahme zum Entwurf eines Fünften Strafrechtsänderungsgesetzes am 30. März 1972, in: Panzer, a.a.O.

Bundesgerichtshof: Urteil vom 25. August 1975, 2. StR 541/74, JZ 77, 139

Bundesministerium der Justiz: Presseerklärung zum Referentenentwurf des Fünften Strafrechtsreformgesetzes vom 22. Oktober 1971, in: Schroeder, a.a.O.

Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit: Zweiter Familienbericht. Bericht der Sachverständigenkommission, Bonn 1975

Bundestag-Drucksachen:

— Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuches, Antrag der Abgeordneten Dr. de With und Genossen (insges. 51 Antragsteller), BT-Drucksache VI/3137 vom 9. Februar 1972
— Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts, Regierungsvorlage vom 14. Februar 1972, BT-Drucksache VI/3434
— Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts, Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD/FDP, BT-Drucksache 7/375 vom 21. März 1973
— Entwurf eines Gesetzes über ergänzende Maßnahmen zum Fünften Strafrechtsreformgesetz (Strafrechtsreform-Ergänzungsgesetz – StREG), Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD/FDP, BT-Drucksache 7/376 vom 21. März 1973
— Entwurf der Abgeordneten Dr. Müller-Emmert und Genossen, BT-Drucksache 7/443 vom 4. April 1973
— Antrag der Fraktion der CDU/CSU betr. Enquête-Kommission, BT-Drucksache 7/548 vom 11. Mai 1973
— Antrag der Fraktion der CDU/CSU betr. Sammlung und Auswertung der Erfahrungen über die Folgen ärztlich vorgenommener Schwangerschaftsabbrüche, BT-Drucksache 7/552
— Entwurf der Fraktion der CDU/CSU, BT-Drucksache 7/554 vom 11. Mai 1973
— Entwurf der Abgeordneten Dr. Heck und Genossen, BT-Drucksache 7/561 vom 15. Mai 1973
— Bericht und Antrag des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit (13. Ausschuß) zu dem Antrag der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 7/548 – betr. Enquête-Kommission, zu dem Antrag der CDU/CSU – Drucksache 7/552 – betr. Sammlung und Auswertung über die Folgen ärztlich vorgenommener Schwangerschaftsabbrüche, BT-Drucksache 7/1789 vom 12. März 1974
— Erster Bericht des Sonderausschusses für die Strafrechtsreform zu dem von den Fraktionen der SPD/FDP eingebrachten Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts (5. StrRG) – Drucksache 7/375 – BT-Drucksache 7/1981 vom 10. April 1974
— Erster Bericht des Sonderausschusses für die Strafrechtsreform zu dem von den Fraktionen der SPD/FDP eingebrachten Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts – Drucksache 7/375 – BT-Drucksache 7/1981 (neu) vom 24. April 1974
— Erster Bericht des Sonderausschusses für die Strafrechtsreform zu dem von den Abgeordneten Dr. Müller-Emmert, Dürr, Dr. Bardens und Genossen eingebrachten Entwurf eines Fünften Ge-

setzes zur Reform des Strafrechts – Drucsache 7/443 – BT-Drucksache 7/1982 vom 10. April 1974

— Erster Bericht des Sonderausschusses für die Strafrechtsreform zu dem von der Fraktion der CDU/CSU eingebrachten Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts – Drucksache 7/554 – BT-Drucksache 7/1983 vom 10. April 1974

— Erster Bericht des Sonderausschusses für die Strafrechtsreform zu dem von den Abgeordneten Dr. Heck und Genossen eingebrachten Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts – Drucksache 7/561 – BT-Drucksache 7/1984 (neu) vom 24. April 1974

— Änderungsantrag der Fraktion der CDU/CSU zur dritten Beratung des Entwurfs eines Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts (5. StrRG) – Drucksachen 7/375, 7/1981 (neu) –, BT-Drucksache 7/2041 vom 26. April 1974

— Entschließungsantrag der Fraktionen der SPD/FDP zur dritten Beratung des Entwurfs eines Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts (5. StRG) – Drucksachen 7/375, 7/1981 (neu) –, BT-Drucksache 7/2042 vom 26. April 1974

— Unterrichtung durch den Bundesrat: Fünftes Gesetz zur Reform des Strafrechts (5. StrRG) – Drucksache 7/1981 (neu) –; hier: Anrufung des Vermittlungsausschusses durch den Bundesrat, BT-Drucksache 7/2092 vom 13. Mai 1974

— Unterrichtung durch den Bundesrat, BT-Drucksache 7/2181 vom 31. Mai 1974

— Antrag des Rechtsausschusses (6. Ausschuß) zu dem Antrag der Fraktionen der SPD/FDP – Drucksache 7/2353 (neu) – betr. Verfahren gem. §§ 76 ff. BVerfG zur Prüfung der Verfassungsmäßigkeit des 5. StrRG, BT-Drucksache 7/2546 vom 18. September 1974

— Entwurf eines Fünfzehnten Strafrechtsänderungsgesetzes, Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD/FDP, BT-Durcksache 7/4128 vom 8. Oktober 1975

— Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts, Gesetzentwurf der CDU/CSU, BT-Drucksache 7/4211 vom 23. Oktober 1975

— Sonderausschuß für die Strafrechtsreform: Bericht zu dem von den Fraktionen der SPD/FDP eingebrachten Entwurf eines Fünfzehnten Strafrechtsänderungsgesetzes und zu dem von der Fraktion der CDU/CSU eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts, BT-Drucksache 7/4696 vom 3. Februar 1976

— Unterrichtung durch die Bundesregierung, Fünfzehntes Strafrechtsänderungsgesetz – Drucksachen 7/4128, 7/4696 – hier: Anrufung des Vermittlungsausschusses, BT-Drucksache 7/4876

— Unterrichtung durch den Vermittlungsausschuß, BT-Drucksache 7/4932

— Bericht der Bundesregierung über Erfahrungen mit den ergänzenden Maßnahmen nach dem Fünften Strafrechtsreformgesetz vom 28. August 1975, BT-Drucksache 8/2445 vom 28. Dezember 1978

Bundesverfassungsgericht: Urteil vom 25. Februar 1975, 1 BvF 1–6/74, BVerfGE Bd. 39

Buschmann, E.: Konferenzgespräche zum § 218, in: Begegnen und Helfen, 1977 Heft 4, Seite 109

ders.: Die Sozialberatung des Caritasverbandes, in: Caritas, 79. Jg. 4. Juli 1978, S. 187–188

Caespar, B.: Autorität in der Familie. Ein Beitrag zum Problem schichtenspezifischer Sozialisation, Reinbek 1972

Cartwright, A.: Parents and family planning services, London 1979

Cohn, R.: Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion, Stuttgart 1975

Cyprian, G.: Sozialisation in Wohngemeinschaften, Stuttgart 1978

Cyran, W.: Ein „Ermächtigungsgesetz" gegen das Leben der Ungeborenen?, in: DÄBl 1974, 1025 ff.

Demand Grows for Sterilisation, Special Issue on Human Settlements, London, International Planned Parenthood Federation, Vol 3, No 2, 1976, p. 33

Deutsche Bischofskonferenz: Stellungnahme zur Strafrechtsreform vom 25. September 1970, in: Schroeder, a.a.O.

ders.: Hirtenwort zum Schutz des ungeborenen Lebens, vom 25. April 1973, in: Wilkens, a.a.O.

ders.: Richtlinien für die Arbeitsweise katholischer Beratungsstellen für werdende Mütter in Konfliktsituationen vom 16. Dezember 1974, in: Sonderdruck der Zeitschrift „Caritas-Korrespondenz" 4/75

ders.: Rahmenrichtlinien für die Beratungs- und Hilfsmaßnahmen zum Schutz des werdenden Lebens vom 12. Juni 1973, in: Wilkens, a.a.O.

ders.: Zur Novellierung des § 218, hrsg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz am 7. Mai 1976

Deutsche Forschungsgemeinschaft: Schwangerschaftsverlauf und Kindesentwicklung; Forschungsbericht, Boppard 1977

Deutscher Bundestag: Abstimmung zum Entwurf eines Fünften Gesetzes der Fraktionen der SPD/FDP zur Reform des Strafrechts, Protokoll der 96. Sitzung am 26. April 1974, S. 6503 ff.

ders.: Abstimmung zum Einspruch des Bundesrates zu dem Fünften Gesetz zur Reform des Strafrechts, Protokoll der 104. Sitzung am 5. Juni 1974, S. 6947 ff.

ders.: Erste Beratung der von den Fraktionen der SPD FDP und CDU/CSU eingebrachten Entwürfe eines Fünfzehnten Strafrechtsänderungsgesetzes bzw. zur Änderung des Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts, Protokoll der 201. Sitzung am 7. November 1975, S. 13876 ff.

ders.: Zweite und dritte Beratung des von den Fraktionen der SPD/FDP eingebrachten Entwurfs eines Fünfzehnten Strafrechtsänderungsgesetzes, Protokoll der 221. Sitzung am 12. Februar 1976, S. 15319 ff.

ders.: Beratung des Einspruchs des Bundesrates gegen das Fünfzehnte Strafrechtsänderungsgesetz, Protokoll der 238. Sitzung vom 6. Mai 1976, S. 16656 ff.

Deutscher Caritasverband: 5. Erhebung „Werdende Mütter in Not- und Konfliktsituationen in katholischen Beratungsstellen", Freiburg, Oktober 1978

ders.: Verzeichnis der katholischen Familienpflegerinnen- und Dorfhelferinnenstationen, Freiburg 1977

Deutscher Richterbund: DRiZ 75, S. 397–400

Diakonischer Rat der EKD: Ungewolltes Leben annehmen. Sonderdruck aus: Das Diakonische Werk, Heft 1, Januar 1974
Döring, G. K.: Emfängnisverhütung, Stuttgart 1966
ders.: Gynäkologie und Geburtshilfe, Stuttgart 1967
Dohrendwend, B. P./Dohrendwend, B. S. (Hrsg.): Stressful Life Events, New York 1974
Denelly, J. F., et al.: Amer. J. Obstet. Gynec. 88, 1964
Dreher, E.: Strafgesetzbuch, 37. Auflage, München 1977
Dreitzel, H. P.: Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft, Stuttgart 1968
Droste, H.: „Brutkastenfunktion und Elend der Frau", in: J. Baumann, Hrsg., a.a.O.
Ehrhardt, H. E.: Schwangerschaftsabbruch und Euthanasie, in: DÄBl 1974, 1695 ff.
Eicher, W./Herms, V.: Psychosoziale Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch, in: H. Lau, Hrsg., a.a.O.
Enzyklika: „Casti connubii" vom 31. Dezember 1930, in: Schroeder, a.a.O.
Enzyklika: „Humanae vitae" vom 25. Juli 1968, in: Schroeder, a.a.O.
Erklärung des Rates der EKD zu den Rechtsfragen des Schwangerschaftsabbruchs vom 17. März 1972, in: Wilkens, a.a.O.
Erklärung des Rates der EKD zum gegenwärtigen Stand der Auseinandersetzung über Fragen des Schwangerschaftsabbruchs vom 5. April 1973, in: Materialien für den Dienst in der Evangelischen Kirche von Westfalen, Reihe D, Heft 2, Bielefeld 1973, 31–34
Fabery de Jonge, J.: Abtreibung als Notwehr, Sexualmedizin 4, 1972, S. 192 ff.
Fischer, W.: Erste Erfahrungen mit der „Sexualerziehung" in der Bundesrepublik Deutschland, in: Fischer u. a., Normenprobleme in der Sexualpädagogik, Heidelberg 1971
Fricker, R./Lerch, J.: Zur Theorie der Sexualität und der Sexualerziehung, Weinheim/Basel 1976
Fünftes Gesetz zur Reform des Strafrechts vom 18. Juni 1974, BGBl I 1974, 1297 ff.
Fünfzehntes Strafrechtsänderungsgesetz vom 18. Mai 1976, BGBl I 1976, 1213 ff.
Gemeinsamer Beschluß des Zentralkomitees der SED, des Bundesvorstandes des FDGB und des Ministerrates der DDR über die weitere planmäßige Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen der Werktätigen im Zeitraum 1976 bis 1980 vom 27. Mai 1976; „Neues Deutschland" vom 29./30. Mai 1976
Gemeinsame Synode der Bistümer in der Bundesrepublik Deutschland; Beschluß: Christlich gelebte Ehe und Familie, gefaßt auf der 7. Vollversammlung der Synode vom 7. Mai bis 11. Mai 1975, in: Heftreihe Synodenbeschlüsse, Nr. 11, hrsg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz
Gesenius, H.: Empfängnisverhütung, München, Berlin, Wien 1970
Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik, Teil I Nr. 5, 1972, 89
Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft vom 9. März 1972. Durchführungsbestimmung. Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik, Teil II Nr. 12, 1972, 149
Gesetz über ergänzende Maßnahmen zum Fünften Strafrechtsreformgesetz vom 28. August 1975, BGBl I 1975, 2289 ff.
Groeger, G.: Essentials der Beratung, in: Zur Sache 6/72, a.a.O.
Grotjahn, St./Radbruch, G.: Die Abtreibung der Leibesfrucht, Berlin 1921
Grünwald, G.: Zum Mehrheitsvorschlag des Alternativentwurfs, in: Baumann, a.a.O.
Grünwald, U.: Auswirkungen der Neufassung des § 218 StGB. Erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung an 941 ratsuchenden Frauen, in: Sigusch, V. (Hrsg.): Sexualität und Medizin, Köln 1979
Guardini, R.: Das Recht des werdenden Menschenlebens, hrsg. vom Presseamt des Erzbistums Köln 1977
Haag, F.: Wohnungslose Familien in Notunterkünften, München 1971
Harlap, S.: New England Journal of Medicine, im Druck
Harlap, S./Davies, A. M.: Am. J. Epidemiol, 102, 1975
Hauser, G. A.: Die „Pille" – sine ira et studio. Exkurs über Ovulationshemmer: Erfahrungen, Akzeptabilität, Risiken. Ärztl. Praxis Nr. 18 (1978), S. 520–522
Heck, A.: Weitgehende Aufhebung des Abtreibungsverbots, in: Zur Sache 6/72, a.a.O.
Höffner, J.: Nicht töten – sondern helfen!, hrsg. vom Presseamt des Erzbistums Köln 1977
Hüter, J.: Wann stellt sich eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch nach Einwirkung von Pharmaka, in: Lau, a.a.O.
Hulka, J. F.: A Mathematical Model Study of Contraceptive Efficiency and Unplanned Pregnancies, in: American Journal of Obstetrics and Gynecology 104, 1969, S. 443–447
Humanistische Union: Vorschlag vom 3. August 1970, in: Schroeder, a.a.O.
Iben, G.: Randgruppen der Gesellschaft, München 1971
Infratest und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Familienplanung als gesundheitliche Aufgabe, Köln 1972
Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik: Unveröffentlichte Ergebnisse einer Studie über Armut in den EG-Ländern, Köln 1979
Juchli, L.: Allgemeine und spezielle Krankenpflege, Stuttgart 1976
Jochimsen, L.: § 218 – Dokumentation eines 100jährigen Elends, Hamburg 1971
Jürgens, H. W./Pohl, K.: Kinderzahl – Wunsch und Wirklichkeit. Stuttgart 1975
Jürgens, H. W./Pieper, U.: Demographische und sozialmedizinische Auswirkungen der Reform des § 218, Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 30, Stuttgart 1975
Jürgensen, C./Klein, K./Siedentopf, H. G.: Psychologie der intrauterinen Kontrazeption, Sexualmedizin 2, 1979, S. 49–52
Jüngel, E. et al.: Annahme oder Abtreibung. Thesen zur Diskussion über § 218 StGB, in: Wilkens, 1973, a.a.O.
Just-Dahlmann, B.: Juristische Probleme der Familienplanung, in: Staemmler, a.a.O.
Katholische Arbeitsgemeinschaft für Krankenpfleger in Deutschland: Stellungnahme zur Änderung des § 218 StGB, in: Schroeder, a.a.O.
Keil, S.: Leben fördern – Ethische Überlegungen zum Schwangerschaftsabbruch aus evgl. Sicht, in: Koschorke/Sandberger (Hrsg.), a.a.O.

Kentler, H.: Sexualerziehung, Reinbek 1976
Kepp, R.: Humanität gilt nicht nur für die Mutter, sondern auch für das Kind, in: Wilkens, 1973, a.a.O.
Kimball, C. P.: Some Observations Regarding Unwanted Pregnancies and Therapeutic Abortions. in Obstet.Gynec. 35 (1970), 293
Kirchhoff, H.: Stellungnahme der deutschen Frauenärzte zum Problem der Schwangerschaftsunterbrechung im Rahmen der Strafrechtsreform, in: DÄBl 1971, 1481 ff.
ders.: Komplikationen beim legalen Schwangerschaftsabbruch, in: DÄBl 1972, 2788 ff.
Kleining, G./Moore, H.: Das Soziale Selbstbild der Gesellschaftsschichten in Deutschland, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 12/1960, S. 86–119
Kleinman, R. L.: Medizinisches Hausbuch. Herausgegeben für das Medizinische Komitee der IPPF, London 1971
Kommissariat der Deutschen Bischöfe: Stellungnahme zum Schutze des werdenden Lebens vom 23. Juni 1971, in: Schroeder, a.a.O.
Kongregation für die Glaubenslehre: Erklärung über den Schwangerschaftsabbruch vom 18. November 1974, Trier 1975
Koschorke, M.: Unterschichten und Beratung, Göttingen 1975
Koschorke, M./Sandberger, J. F. (Hrsg.): Schwangerschaftskonfliktberatung – Ein Handbuch. Göttingen 1978
Lambert, J.: Survey of 3,000 unwanted Pregnancies. Brit. med. Journal 4, (1971), S. 156–160
Lane, J.: Report of the Committee on the working of the abortion act, Chairman: The Hon. Mrs. Justice Lane, DBE, London 1974
Lappe, E.: Verwirrung um den Pearl-Index, Sexualmedizin 7, 1979, 290–291
Lau, H.: Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch, Gräfelfing 1976
Laufhütte, H./Wilkitzki, P.: Zur Reform der Strafvorschriften über den Schwangerschaftsabbruch, in: Juristenzeitung Nr. 11/12 vom 11. Juni 1976
Lembrych, VS: Zentralbl. Gynäkologie 94, 1972
Lessenich, F.: Sexualunterricht, in: Kanter/Speck (Hrsg.), Handbuch der Sonderpädagogik, Pädagogik der Lernbehinderten, Berlin 1977
Lissek, V. M.: Es gibt kein Recht auf Abtreibung, in: Kirche und Gesellschaft, Nr. 44, Köln 1977
Luker, K.: Taking Chances: Abortion and the Decision Not to Contracept. Berkley, Los Angeles, London 1975
Mayntz, R.: Soziale Schichtung und sozialer Wandel in einer Industriegemeinde, Stuttgart 1958
Mechler et al.: Schülersexualität und Sexualerziehung, Ergebnisse einer Repräsentivbefragung in Österreich, Möglichkeiten einer Reform, Wien und München 1977
Meleis, A. J.: Self-concept and family planning. Nursing Research 20 (1971), S. 229
Ministerium für Gesundheitswesen und Akademie für Ärztliche Fortbildung der Deutschen Demokratischen Republik (Hrsg.): Mütter-, Kinder- und Jugendgesundheitsschutz, Berlin (DDR) 1978
Molinski, H.: Die unbewußte Angst vor dem Kind, München 1972
ders.: Kontrazeption und konflikthaftes Erleben der Schwangerschaft, Pro Familia – Informationen 2, 1972, S. 12 ff.
Morgan, D.: Abtreibung – wie ein Gang zum Friseur, in: DÄBl 1972, 2734 ff.
Müller-Dietz, W.: Bevölkerungsreproduktion und Familienplanung in der DDR. Osteuropa-Institut an der Freien Universität Berlin, Mitteilungen des Medizinischen Literaturdienstes 10, 1978, Nr. 3, S. 44
Münz, R./Pelikan, J. M.: Geburt oder Abtreibung eine soziologische Analyse von Schwangerschaftskonflikten, München 1978
Müttergenesungswerk: MGV Jahrbuch 1979
Nijs, P.: Psychosomatische Aspekte der oralen Antikonzeption, Stuttgart 1972
Oepen, H.: Entwicklung der genetischen Beratungspraxis, unveröffentlichtes Manuskript
Oeter, K.: Psychosoziale Bedingungen der Schwangerschaftsverhütung – ein medizin-soziologischer Beitrag zum kontrazeptiven Verhalten, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 2, 1975, S. 224–240
ders.: Der Schwangerschaftsabbruch – Gründe, Legitimationen, Alternativen, Abschlußbericht, 1979, unveröffentlichtes Manuskript
Oeter, K./Wilken, M.: Psychosoziale Aspekte der Kontrazeption, in: H. J. Staemmler: Geburtenplanung, Stuttgart 1974
ders.: Psycho-soziale Entstehungsbedingungen unerwünschter Schwangerschaften – eine medizin-soziologische Analyse zur Prävention am Beispiel der Empfängnisverhütung, Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 76, Stuttgart 1980
Oeter, K./Collatz, J./Hecker, H./Rohde, J. J.: Werden die präventiven Möglichkeiten der Schwangerenvorsorge ausreichend genutzt?, Gynäkologe 12, 1979, S. 164–174
Oevermann, U.: Sprache und soziale Herkunft, Frankfurt 1972
Pacharzina, K.: Kein Verbot bestimmter Inhalte, in: b: e Heft 5, 1978
Panktelakis, S. N., et al: Am. J. Obstet Gynecol 116, 1973
Panzer, K.: Schwangerschaftsabbruch, § 218 StGB, hrsg. vom Kath. Arbeitskreis für Strafrechtsreform beim Kommissariat der Deutschen Bischöfe in Bonn, Köln 1972
Petersen, P.: Familienplanung, in: Blohmke, M./v. Ferber, Ch./Kisker, K. P./Schäfer, H. (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin, Bd. II, Stuttgart 1977, 600–621
ders.: Psychiatrische und psychologische Aspekte der Familienplanung bei oraler Kontrazeption, Stuttgart 1969
ders.: Seelische Folgen nach legalem Schwangerschaftsabbruch, DÄBl 1977, S. 1205–1212
Poettgen, H.: Über den Ursprung der Aggressionen gegen die Pille, DÄBl, Heft 44, 1970
ders.: Psychologische und theologische Probleme der Kontrazeption, Arch. Gyn. Bd. 207, 1969
ders.: Aspekte und Kritierien der medizinisch-sozialen Indikation, in: DÄBl 1972, S. 840 ff.
ders.: Reform des § 218: Ordnungsdenken allein reicht nicht aus, in: DÄBl 1974, S. 38 ff.

ders.: Schwangerschaftskonfliktberatung bei der Notlageindikation, DÄBl 1977, Heft 8, S. 515–521
Pohl, K.: Sozio-demographische und innerfamiliäre Aspekte der Einstellung zu Familienplanung und Schwangerschaftsabbruch, unveröffentlichtes Manuskript
Potts, D. M.: Brit. med. Bull. 26, 1970
Pro Familia: Die Beratungstätigkeit der Pro Familia, in: Pro Familia Informationen, Frankfurt, August 1977
ders.: Aspekte der Schwangerschaftskonfliktberatung, in: Pro Familia Arbeitsmaterialien Nr. 8, Frankfurt, Mai 1977
ders.: Erklärung zur Neugestaltung des § 218 StGB, in Pro Familia Informationen 2/75, Frankfurt, September 1975
ders.: (Hrsg.) „Wir wollen nicht mehr nach Holland fahren". Nach der Reform des § 218 – Betroffene Frauen ziehen Bilanz, Reinbek 1978
Rainwater, L.: Family Design, Chicago 1965
Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland: Erklärung zu den Rechtsfragen des Schwangerschaftsabbruchs vom 17. März 1972, in: Wilkens, 1973 a.a.O., S. 140 ff.
ders.: Erklärung zum gegenwärtigen Stand der Auseinandersetzung über Fragen des Schwangerschaftsabbruchs vom 5. April 1973, in: Wilkens, 1973 a.a.O., S. 157 ff.
Reinicke, P.: Soziale Hilfen für schwangere Frauen und ihre Familien, in: Koschorke/Sandberger, Schwangerschaftskonfliktberatung, Göttingen 1978, S. 74 ff.
Richardson, J. A.: Br. Med. J. 1, 1976
Rogers, C.: Die nicht-direktive Beratung, München 1972
ders.: Entwicklung der Persönlichkeit, Stuttgart 1964
Rohde, J. J.: Gesundheitserziehung im sozialen System. Einige Grundlinien für einen soziologisch-theoretischen Bezugsrahmen, in: M. Blohmke (Hrsg.), Praktischer Arzt und Sozialmedizin, Bd. 19 der Schriftenreihe Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene, Stuttgart 1968
Roxin, C.: Der Minderheitsvorschlag des Alternativentwurfs, in: Baumann, S. 175 ff.
Rudolphi, H./Horn, E./Samson, E.: Systematischer Kommentar zum Strafgesetzbuch, Band II, Besonderer Teil, 3. Lieferung, Frankfurt/Main 1977
Runte, K. P.: § 218 nach der Reform, Erfahrungsbericht eines Arztes, Köln 1978
Rüpke, G.: Schwangerschaftsabbruch und Grundgesetz, Frankfurt/Main 1975
Sandberg, E. C./Jacobs, R. J.: Psychology of the Misuse and Rejection of Contraception, in: American Journal of Obstetrics and Gynecology 110, Nr. 2, 1971, S. 237 ff.
Seidl, A.: Die Situation in Österreich nach drei Jahren „Fristenlösung", 150. Tagung der Mittelrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, 27. Mai 1978, Frankfurt
Seidler, E.: Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch – Probleme der Tradition, in H. Lau, a.a.O.
Seidler, E./Jungermann, H.: Überlegungen zu einer Konzeption für die Schwangerschaftskonfliktberatung, Vortrag bei der 2. Tagung für Entwicklungspsychologie, Konstanz 31. März 1977
Siegrist, J.: Arbeit und Interaktion im Krankenhaus, Stuttgart 1978
Sigusch/Schmidt: Jugendsexualität, Dokumentation einer Untersuchung, Stuttgart 1973
Spiess, H./Murken, J. D.: Virusembryopathien zum Schwangerschaftsabbruch, in: H. Lau, a.a.O.
Supreme Court: Urteil vom 22. Januar 1973, Supreme Court Report vom 15. Februar 1973 Vol. 93, No 8, p. 705 ff. St. Paul/Minn.
Synode der EKD: Beschluß über die Reform des § 218 vom Januar 1974, o. E.
Schaeffer, R.: Vom Wert und von der Würde des Lebens, in: Caritas, 79. Jg., Nr. 4, Juli 1978, S. 165–175
Scheuch, E. K.: Sozialprestige und soziale Schichtung, in: König, R. (Hrsg.), Soziale Schichtung und soziale Mobilität, Köln/Opladen 1961, S. 103 ff.
Schmidbauer, W.: Die hilflosen Helfer, Reinbek 1977
Schmitz, A.: Die Information von Patienten im Krankenhaus. Med. Diss., Freiburg 1975
Schnabel, P.: Respektabilität und Schwangerschaftsabbruch, unveröffentlichtes Manuskript
Schönke, A./Schröder, H.: Strafgesetzbuch, Kommentar, 18. Auflage, München 1976
Schroeder, Chr.: Abtreibung, Reform des § 218, Berlin, New York 1972
Schreiner, W. E.: Wirkungen und Nebenwirkungen der Ovulostatica, Praxis 4, 1966, S. 94–103
Schüller, L.: Konfliktsituation und Wertbindung, in: Caritas, 79. Jg., 4. Juli 1978, S. 181–183
Staemmler, H. J. (Hrsg.): Geburtenplanung, Stuttgart 1974
Stieve, F. E.: Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch nach Einwirkung ionisierender Strahlen, in: H. Lau, a.a.O.
Stössel, U./Grundmann, A./Kanz, F.-J./Keil, S.: Quantitative und qualitative Evaluation des Beratungsangebots zum Schwangerschaftskonflikt, Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, voraussichtlich 1980
Sturzbacher, M.: Zur Statistik der Fehlgeburten und Schwangerschaftsabbrüche in Berlin (West), Berliner Statistik, H. 3, 1978, S. 59–64
Thierauf, L.: Erziehungsgeld – Berufstätigkeit – Kinderbetreuung – Elternbildung. Repräsentativerhebung der Gesellschaft für Grundlagenforschung im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, München 1975
Tietze, C.: Induced Abortion: The Population Council, 1979
Trichopoulos, D., et al: Br. J. Obstet Gynecol 83, 1976
Troschke, J. v./Hendel-Kramer, A./Werner, E./Herzog, M.: Erfahrungen von Frauen mit der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs nach der Reform des § 218; Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, voraussichtlich 1980
Tyler, C. W./Cates, W./Grimes, D. A.: The Benefits, Risks and Controversies in Pregnancy Termination: An Overview, in: John J. Sciarra et. al., Risks, Benefits and Controversies in Fertility Control, Northwestern University, 1978, S. 390
Ullrich, A.: Die Sozialberatung des Sozialdienstes kath. Frauen, in: Caritas, 79. Jg., 4. Juli 1978, S. 188–189
US Abortion Surveillance 1976 und 1977. Center for Disease Control Atlanta, Ga (USA) 1977 und 1978
Vermittlungsausschuß: Unterrichtung, BT-Drucksache 7/2151 vom 21. Mai 1974

Vermittlungsausschuß: Unterrichtung, BT-Drucksache 7/4932 vom 26. März 1976

Verordnung über die Gewährung eines staatlichen Kindergeldes sowie die Besondere Unterstützung kinderreicher Familien und alleinstehender Bürger mit drei Kindern vom 4. Dezember 1975. In: Ministerium für Gesundheitswesen, a.a.O., S. 75 ff.

Verordnung zur Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten – SVO – vom 17. November 1977, §§ 46–49. In: Ministerium für Gesundheitswesen, a.a.O., S. 54 ff.

Vogel, B.: Änderung des § 218 unannehmbar – Bericht zur Lage vor der Vollversammlung des ZdK, in: Mitteilungen des ZdK, 4., vom 24. Mai 1976

Vogel, F.: Genetische Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch, in: H. Lau, a.a.O.

Vogl, A.: Hippokrates über Hippokrates, DÄBl, Heft 45, 1978

Vortmann, H.: Geburtenzunahme in der DDR – Folge des „Babyjahres". Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung (DIW Berlin) 3/1978, S. 227

72. Weltärztebund: Stellungnahme zur therapeutischen Schwangerschaftsunterbrechung (Deklaration von Oslo) vom 22. August 1970 in: Schroeder, a.a.O., S. 112 ff.

Wendt, W. R.: Untergebracht in einer anderen Familie. Eine quantitative Analyse der Familienpflege in der Bundesrepublik. Blätter der Wohlfahrtspflege 7/1975

ders.: Die Chance der Tagespflege. Blätter der Wohlfahrtspflege 12/1977

ders.: Mutter und Kind im Heim, 1980, unveröffentlichtes Manuskript

Westhoff, C. F./Ryder, N. B.: Duration of use of oral contraception in the United States, 1960–1965, Public Health Report 83, 1968, S. 277

Wilkens, E.: Öffentliche Anhörung des Sonderausschusses des Deutschen Bundestages für die Strafrechtsreform zur Reform des § 218 StGB am 12. April 1972, in: Wilkens, S. 145 ff.

ders.: Einige Grundfragen zur rechtlichen Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs, in: Zur Sache 6/72, a.a.O., S. 151–160

ders.: § 218 – Dokumente und Meinungen zur Frage des Schwangerschaftsabbruchs, Gütersloh 1973

ders.: Lebensrecht des Ungeborenen, in: Evgl. Kommentare, Heft 9, September 1975, S. 533–536

Wolff, U.: Schwangerschaftsabbruch: Sorgenkind deutscher Sozialpolitik, Der Deutsche Arzt, Nr. 18, 1977, S. 42

Wright, C.S.W.: Lancet 1, 1972

Wurzbacher, G. (Hrsg.): Die junge Arbeiterin, München 1958

Zentralkomitee der Deutschen Katholiken (ZdK): Stellungnahme des ZdK zur Diskussion um die Durchführung des Strafrechtsänderungsgesetzes (§ 218 ff StGB) vom 4. März 1977

Zentrum für Angewandte Psychologie (ZAP): Modellprogramm Beratungsstellen – § 218. Zwischenbericht März 1974 bis Juni 1976, Nürnberg, August 1976

ders.: Modellprogramm Beratungsstellen – § 218. Zweiter Zwischenbericht Juli 1976 bis Juni 1978, Nürnberg, August 1978

ders.: Modellprogramm Beratungsstellen – § 218. Klientenbefragung 1976, Nürnberg, Oktober 1977

ders.: Modellprogramm Beratungsstellen – § 218. Sozialarbeiter-Befragung, Nürnberg, Juni 1977

ders.: Modellprogramm Beratungsstellen – § 218. Erste Befragung der Berater, Nürnberg, September – Dezember 1975

ders.: Modellprogramm Beratungsstellen – § 218. Zweite Befragung der Berater, Nürnberg, August – November 1977

Zundel, E./Urlaub, K. H.: Studie über die Beratung von Unterschicht-Angehörigen, 1978, unveröffentlichtes Manuskript

Zur Sache, Themen parlamentarischer Beratung 6/72, Reform des § 218. Aus der öffentlichen Anhörung des Sonderausschusses des Deutschen Bundestages für die Strafrechtsreform. Aus Stellungnahmen von Sachverständigen bei der 74., 75., und 76. Sitzung des Sonderausschusses für die Strafrechtsreform am 10., 11. und 12. April 1972, hrsg. von: Deutscher Bundestag, Presse- und Informationszentrum.

Anlage

Wissenschaftliche Untersuchungen und Gutachten, die auf Vorschlag der Sachverständigenkommission § 218 StGB durch das BMJFG in Auftrag gegeben worden sind

Projekt	Projektleiter	Projektmitarbeiter
Sekundäre Frühkomplikationen nach Schwangerschaftsabbrüchen	H.-H. Bräutigam, S. Koller	—
Schwangerschaftsabbruch und Bevölkerungsentwicklung – Soziodemographische und innerfamiliäre Aspekte der Einstellung zu Familienplanung und Schwangerschaftsabbruch	H. W. Jürgens	Frau R. Wängler Frau I. Hagen Frau K. Pohl
Quantitative und qualitative Evaluation des Beratungsangebots zum Schwangerschaftskonflikt Familienplanung und Schwangerschaftskonfliktproblematik im sexualkundlichen Unterricht an den Schulen in der Bundesrepublik Deutschland Notwendigkeit, Möglichkeiten und Grenzen selbstorganisierter Beratung im Schwangerschaftskonflikt	S. Keil	U. Stößel Frau A. Grundmann F.-J. Kanz W. Werse Frau A. Heine Frau R. Mayer-Wegelin
Gutachten: Zur Entwicklung der genetischen Beratungspraxis	H. Oepen	—
Gutachten: Seelische Folgen des Schwangerschaftsabbruchs	P. Petersen	—
Einstellung des Krankenpflegepersonals zum § 218 StGB	Frau F. Raupp	—
Gutachten: Kontrazeption und medizinische Entwicklung der Schwangerschaftsabbruchsmethoden	H. Schmidt-Elmendorff	—
Erfahrungen der betroffenen Frauen mit der Strafrechtsreform	J. von Troschke	Frau A. Hendel-Kramer M. Herzog E. Werner
Mutter und Kind im Heim – eine kritische Bestandsaufnahme	W. R. Wendt	—
Einstellung der gynäkologischen Chefärzte zum § 218 StGB	R. Wille	K. Albrecht P. Rahmsdorf
Gutachten: Die Ausführungsbestimmungen der Länder	G. Schierbaum H. Winter	
Repräsentativerhebung zur Einstellung der Bevölkerung gegenüber dem Schwangerschaftsabbruch Schwangerschaftskonfliktberatung in öffentlicher Trägerschaft – Wie die Beratungssituation das Beratungsgespräch beeinflußt – Probleme der Unterschichtsberatung	Frau E. Zundel	Gesellschaft für Grundlagenforschung m.b.H. M. Laimer Psychologische Forschungsgruppe Schönhals GmbH M. Laimer Frau E.-M. Meißenberg K. H. Urlaub